



CERTIFICAT MEDICAL TYPE DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE LA COURSE A PIED

Je soussigné Docteur :
Adresse du Cabinet :
Code postal :
Ville :
Pays :

Certifie avoir examiné : Mr / Mlle / Mme
Nom – Prénom:
Né(e) le :
Département :
Pays :

N'avoir constaté ce-jour aucune contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.

A : Le :

Signature et Cachet du Médecin :