

Nom de la course :

9<sup>e</sup> édition



## CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr ..... Docteur en médecine,

certifie que l'examen de M – Mme .....

Date de naissance : ..... Age : .....

**Ne relève pas de contre-indication à la pratique de l'athlétisme ou de la course à pied en compétition.**

Certificat établi à : .....

Date : .....

Signature du médecin : .....

TAMPON DU MEDECIN OBLIGATOIRE