



## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur.....,

en qualité de Docteur en Médecine, certifie que l'examen de

Madame.....

Date de naissance :..... ; Age :.....,

ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied  
en compétition.

Certificat établi à : .....

Date : .....

Signature + Tampon du Médecin :