

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA
PRATIQUE DE LA COURSE A PIED EN COMPETITION**

Je soussigné(e), _____,

Docteur en Médecine, certifie que l'examen de

Mr/Mme _____

Né(e) le _____

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

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en mains propres pour faire
valoir ce que de droit. :

le _____

à _____

Signature et Cachet du Médecin