

CERTIFICAT MEDICAL / MEDICAL CERTIFICATE

Je soussigné Dr
I, the undersigned Dr.

Certifie que M. / Mme
certifies that Mr., Mrs

Né(e) le / *born on* Age :

ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique de la course à pied en compétition.
presents no apparent medical objections to his/her participation in competitive running events.

Fait à / *Made in* :

Date :

Signature du médecin / *Doctor's signature* :

Tampon du médecin / *Doctor's stamp* :