

CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE A LA PRATIQUE DES SPORTS EN COMPETITION

Je soussigné(e)

Docteur

Demeurant à :

Adresse

Ville

Code Postal

Certifie avoir examiné né(e) le / /

Demeurant à :

Adresse

Ville

Code Postal

**Et n'avoir pas constaté à la date de ce jour de signes cliniques apparents contre
indiquant la pratique de la course à pied en compétition**

Fait à Le / /

Cachet du médecin

Signature du médecin