

# CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_, Docteur en médecine,  
certifie que l'examen de M/Mme \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age au 14/06/2020 : \_\_\_\_\_

ne révèle pas de contre-indication à la pratique du sport en compétition ou de  
l'athlétisme en compétition ou de la course à pied en compétition.

Certificat établi à : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Signature du Médecin : \_\_\_\_\_

Tampon du médecin :