

Nom de la course :

CERTIFICAT MEDICAL (Medical Certificate)

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine,
I, the undersigned Dr. M.D. (medical doctor),

Certifie que l'examen de M,Mlle,Mme _____
Certify that the examination of Mr., Miss, Ms.

Date de naissance : _____ Age : _____
Date of birth : _____ Age : _____

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

Reveals no contra-indication to the practice of running in competition.

Certificat établi à : _____
Certified at :

Date: _____ Signature du médecin : _____
Date : _____ Signature of physician : _____

Tampon du médecin :