

Réservé à l'organisation :

DISTANCE 5 KM 10 KM 21,1 KM

NUMERO DE DOSSARD

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine,
certifie que l'examen de Mr/Mme _____

Date de naissance : _____ Age : _____

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

Certificat établi à : _____

Date : _____

Signature du médecin :

Tampon du médecin :