



Je soussigné(e) Dr :

Docteur en médecine certifie avoir examiné

M. / M<sup>me</sup> / M<sup>lle</sup>

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Demeurant à :

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

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ A

Signature du médecin  
Cachet du médecin