



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Dr : _____

Docteur en médecine certifie avoir examiné

Mr / Mme / Melle : _____

Né (e) le : ____/____/____

Demeurant à : _____

CP : _____ Ville : _____

L'examen ne révèle pas de contre-indication à la pratique
d'une course à pied chronométrée de 10 km en compétition.

Le ____/____/____ à _____

Cachet et Signature du médecin