

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné (I, undersigned)

Dr _____, Docteur en
médecine, certifie que l'examen de (certify that the examination of)

M/Mme (Mr/Mrs) _____

Date de naissance (date of birth): _____

ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en
compétition (reveals no contraindications to the practice of competition running).

Certificat établi à (Certificate set at): _____

Date: _____

Signature du Médecin :

Tampon du médecin (stamp doctor) :