

CERTIFICAT MEDICAL DE NON-CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

Je soussigné(e) Dr _____

Docteur en Médecine, certifié avoir examiné

Mme/Mr _____

Né(e) le _____

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-
indiquant **la pratique de la course à pied en compétition.**

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé

et remis en mains propres le _____

A _____

Signature et Cachet du Médecin