

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné..... ,

Docteur en médecine, certifie avoir examiné M/Mme/L'enfant ⁽¹⁾

.....

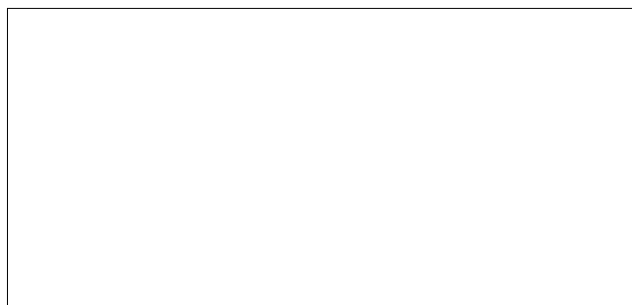
Né(e) le :..... et n'avoir pas constaté, ce jour, de

signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique de la **course à pied en compétition**.

Certificat établi à la demande de l'intéressé pour faire valoir ce que de droit

Date :

Cachet et signature du médecin obligatoires



(1)Rayer les mentions inutiles