



Certificat Médical *Medical certificate*

Je soussigné, Docteur en médecine : _____
I, the undersigned, Doctor

Demeurant à : _____
Residing at

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme. : _____
Certify having today examined Mr / Mrs

Né(e) le : ____ / ____ / ____ **Demeurant à :** _____
Date of birth Residing at

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du SPORT EN COMPETITION ou course à pied en compétition

And, to this day, have not detected any clinical sign which contraindicates the practice of competitive sport or competitive running .

A _____, **le** ____ / ____ / ____
Signed in Date

Signature et cachet du Médecin
Doctor's signature and stamp