

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE LA COURSE A PIED

Je soussigné(e), Docteur _____, certifie avoir
examiné Mr/Mme _____

Né(e) le _____

et avoir constaté, à ce jour, l'absence de signes cliniques décelables contre-indiquant
la pratique de la course à pied, y compris en compétition.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et
remis en mains propres le _____ à _____

Signature et cachet du médecin

*Le décret n° 2016-1157 du 24 août 2016 relatif au certificat médical attestant de l'absence de contre indication à la pratique du sport porte à 3 ans la validité de ce document **UNIQUEMENT pour le renouvellement d'une licence sportive**. Pour la participation à une compétition sportive des non licenciés, un certificat médical **daté de moins d'un an** au jour de la compétition reste obligatoire.*