

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné.e, Docteur ....., Docteur  
en médecine,

Certifie que l'examen de Mr/Mme/Mlle

.....,

né.e le .....

ne révèle aucun signe clinique apparent de contre indication à la pratique d'un sport  
(de l'athlétisme ou de la course à pied), y compris en compétition.

Certificat établi à la demande de l'intéressé.e et remis en main propre. \_\_\_\_\_

Certificat établi à : .....

Le : .....

Signature du médecin :