



Certificat médical

Medical Certificate

**Cachet du médecin –obligatoire et
lisible**

Doctor's stamp required

Réservé à l'organisation
For the organization only

Numéro de dossard

Je soussigné(e), Dr

I, the undersigned Dr

**Certifie que l'examen ce jour de Mr/Mme (nom et
prénom).....**

Certify having examined this day M. /Ms/ Miss (name and surname)

**Ne met pas en évidence de contre-indication à la pratique de la course à pied en
compétition.**

*And not having diagnosed any contraindication regarding the practise of running in
competition.*

Fait à

Done in

Le

Date

Signature du médecin

Doctor's signature

Toutes les informations sont obligatoires

All information are compulsory