

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur .....

demeurant à : .....

Certifie avoir examiné ce jour

Mme / Mlle / Mr .....

Né(e) le ..... / ..... / .....

demeurant à : .....

Et n'ayant constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition :

A .....

Le ..... / ..... / .....

Signature du médecin

