

**CERTIFICAT MEDICAL DE
NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE
L'ATHLETISME OU DE LA COURSE A PIED EN COMPETITION.**

Je soussigné(e),

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné,

Mr/Mme

Né(e) le

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique de l'athlétisme ou de la course à pied en compétition.

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

A

Signature et Cachet du Médecin