

# CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

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 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 \_\_\_\_\_

à \_\_\_\_\_

Signature et Cachet du Médecin