

# CERTIFICAT MEDICAL TYPE

Valable 1 année



Je soussigné, docteur : .....

Certifie avoir examiné, à ce jour, Mr ou Mme : .....

Né (e) le : ..... / ..... / ..... Demeurant à : .....

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition.

Fait le : ..... / ..... / ..... à : .....

Cachet et signature du Docteur

# TYPICAL MEDICAL CERTIFICATE

Valid 1 year



I undersigned, doctor : .....

Certified to have examined, to date, Mr or Mrs : .....

Born : ..... / ..... / ..... Living in : .....

And have not noted, so far, contraindication to the practice of athletics in competition.

Do it : ..... / ..... / ..... at : .....

Cachet et signature du Docteur