



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, docteur :

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

Né (e) le : / /

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

Fait le : / / À :

Cachet et signature du Docteur



MEDICAL CERTIFICATE

I, the undersigned Dr :

Certify that the examination of Mr/Ms :

Date of birth : / /

Reveals no contraindications for participating in running competitions.

Date : / /

Medical certificate issued in (place) :

Doctors stamp and sign