



CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr _____, Docteur en

médecine, certifie que l'examen de

M/Mme _____

Date de naissance : _____ Age : _____

ne révèle pas de contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition.

Certificat établi à : _____

Date: _____

Signature du Médecin : _____

Tampon du Médecin :