



## Certificat médical

Je soussigné(e) Dr :

Docteur en médecine certifie avoir examiné

Mr / Mme / Melle :

Né (e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Demeurant à :

**Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition**

le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ A

Signature du médecin

Cachet du médecin