



## Certificat médical

Je soussigné, docteur :

Demeurant à :

Certifie avoir examiné ce jour M/ Mme/ Mlle :

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 à                              le     /     /



Cachet du médecin

Signature du médecin