



CERTIFICAT MEDICAL TYPE

Je soussigné(e) 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 la course à pied, à tout type de sport ou au franchissement d'obstacles type « parcours du combattant » en compétition.

Certificat établi à : _____

Date : _____

Signature et cachet du Médecin : _____