

CERTIFICAT MEDICAL

Medical certificate

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine,
I, the undersigned, Dr a qualified medical doctor,

certifie que l'examen de M/Mme _____
certify that my medical examination of Mr/Ms/Mrs

Date de naissance : _____ Age : _____
date of birth age

ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.
has not indicated any reason why the above-mentioned person should not take part in competitive running events

Certificat établi à : _____
signed at (place)

Date: _____ Signature du Médecin : _____
on (date) Signature of doctor

Tampon du médecin :
Doctor's official stamp: