



CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr, Docteur en médecine,

certifie que l'examen de M/Mme, Mlle :

Né(e) le :

ne révèle pas de contre-indication à la pratique de :

- la **course à pied en compétition**.
- Autres sports (en compétition) :

Date :

Signature
et cachet du Médecin

(Ce certificat sera valable pendant un an, au regard du règlement FFA actuel)