



CERTIFICAT MÉDICAL (Medical Certificate)

Je soussigné(e) Dr , **Docteur en médecine,**
I, the undersigned Dr. *M.D. (medical doctor),*

Certifie que l'examen de M, Mlle, Mme
Certify that the examination of Mr., Miss, Ms.

Date de naissance **Age**
Date of birth / Age

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.
Reveals no contra-indication to the practice of running in competition.

Certificat établi à **le**
Certified at *Date*

Tampon / Signature du médecin
Medical stamp / Signature of physician