

Certificat médical

Je soussigné(e), Docteur :

Certifie avoir examiné ce jour Mr/Mme/Melle :

Né(e) le : ____/____/____

Demeurant à :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de la course à pied et des sports suivants, y compris en compétition :

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

Fait à _____, le ____ / ____ / 20____

Cachet et signature du médecin