



Nom du coureur _____ (lettres capitales)

E-mail du coureur _____ (lettres capitales)

Je, soussigné Dr. _____, Docteur en médecine,

Certifie que l'examen de Mr/Mme _____

Date de naissance: _____ Age: _____

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.

Certificate établi à: _____

Date: _____ Signature du médecin: _____

Tampon du médecin: