



COURSE DES MAYNATS

CERTIFICAT MEDICAL



**De non contre-indication à la pratique de
la course à pied en compétition.**

Je soussigné, docteur _____

N° Tél. cabinet _____

Adresse _____

Code postal _____ **ville** _____

Certifie avoir examiné ce jour Madame, Mademoiselle, Monsieur

Nom _____

Prénom _____

Né(e) le : ____/____/____

**Et n'avoir constaté aucune contre-indication médicale à la participation à la
course en compétition.**

Date: ____/____/____

CACHET et SIGNATURE du médecin