

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Docteur : .....

Demeurant à : .....

Certifie avoir examiné ce jour Mr / Mme / Mlle :

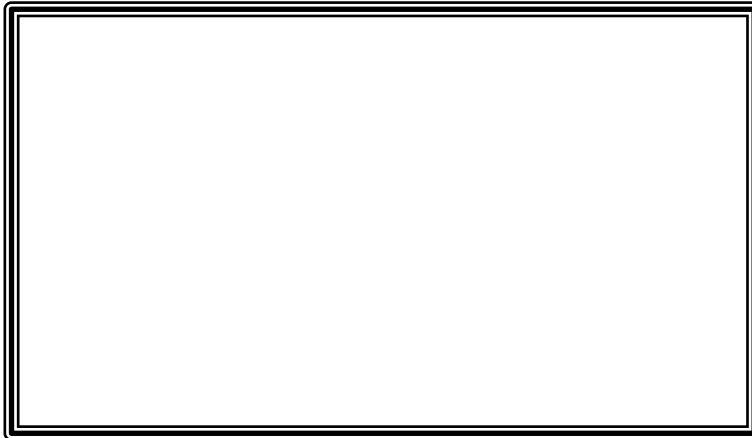
.....

Né(e) le : ..... /..... /..... Demeurant à : .....

Et n'avoir constaté à ce jour, aucune contre indication à la pratique de l'Athlétisme en compétition.

Fait à .....

le ..... /..... /.....



Cachet et signature du Médecin