



- CERTIFICATE MEDICAL - - Certificat médical -

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine,
certifie que l'examen de M/Mme _____
Date de naissance : _____ Age : _____ ne révèle pas de
contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition

*I, undersigned Dr. _____, doctor of medicine, certify that the
review of M/Mme _____
Date of birth: _____ Age: _____ reveals no contraindication to the practice of
running in competition.*

Certificat établi à : _____
Date: _____ Signature du Médecin : _____
Le tampon du médecin avec son numéro d'identification est obligatoire →

*Certificate to: _____
Date: _____ Signature of doctor: _____
The buffer of the doctor with his identification number is mandatory →*