

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr ....., Docteur en médecine,

Certifie que l'examen de M, Mlle, Mme .....

Date de naissance : ..... Age : .....

**Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition**

Certificat établi à : ..... Date : .....

Signature et tampon du médecin

