

**CERTIFICAT MEDICAL
MEDICAL CERTIFICATE**

Je, soussigné Dr, Docteur en médecine,
I, the undersigned, Dr A qualified medical doctor,

Certifie que l'examen de M/Mme
Certify that my medical examination of Mr/Ms/Mrs

Date de naissance : Age :
Date of birth Age

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.
Has not indicated any reason why the above-mentioned person should not take part in competitive running events

Certificat établi à :
Signed at (place)

Date : Signature du médecin :
On (date) Signature of doctor

Tampon du Médecin :
Doctor's official stamp

