



**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*

