

CERTIFICAT MEDICAL

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, du trail ou ultra-trail, de la course en montagne, en
compétition.

Certificat établi à :

Date :

Signature et cachet du Médecin :