

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr _____, Docteur en médecine, certifié
que l'examen de M / Mme _____, né (e) le _____
ne révèle pas de contre-indication à la pratique de l'Athlétisme en compétition
ou de la course à pied en compétition.

EKIDJEN
Cahors

Date :

Tampon et signature du Médecin