

**CERTIFICAT MEDICAL
DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT**

Je soussigné(e), Dr _____

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné :

M. / Mme _____

Né(e) le _____

et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique de la course à pied en compétition.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit, sur la demande de l'intéressé et remis en mains propres le _____

Fait à _____

Signature et cachet du médecin