

Nom de la course/ Race name :

Numéro de dossard/ Race  
Number :

## Certificat Medical / Medical certificate

Je, soussigné / I, undersigned Dr \_\_\_\_\_,

certifie que l'examen de M. /Mme / *certify the examination of Mr. Ms*

\_\_\_\_\_

Date de naissance/ *Date of birth* : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en  
compétition/ *reveal no contraindication of running race in competition.*

Certificat établi à / *Place of Certification* \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature du Médecin/ *Signature of the Doctor* : \_\_\_\_\_

Tampon du médecin/ *Stamp of the Doctor* :