(identité du médecin)

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) .....
.....

déclare avoir examiné ce jour
M. - Mme - Mlle .....

né(e) le

et n'avoir constaté ce jour aucun signe clinique apparent semblant contre-indiquer la pratique de la course à pied en compétition

Fait à le,