



## CERTIFICAT MEDICAL

Ce certificat est conforme à la législation française.

**Il est conseillé d'utiliser ce formulaire.**

Ce certificat médical doit être rempli, daté et signé par le médecin, qui appose sa signature et son cachet (ou à défaut son numéro professionnel pour les médecins étrangers).

Je soussigné Docteur .

Adresse : .

Code Postal :

Ville :

Pays :

Tél. cabinet :

**Atteste que l'état de santé de :**

Mlle - Mme - M.

Nom (*en lettres MAJUSCULES*) :

Prénom :

Né(e) le :

Adresse : .

Code Postal :

Ville :

Pays :

**Ne présente aucune contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.**

Fait à : . , le . / . / .

Signature du médecin :

Cachet du médecin  
(ou numéro professionnel) :