

# Certificat médical

## Medical Certificate

Cachet du médecin – obligatoire et bien lisible  
*Doctor's stamp required*

**Dr BEN SALAH Loubna**  
**Médecin Généraliste Conventionné**  
62, avenue François Mitterrand  
94000 CRETEIL  
Tél. 01 43 77 77 30  
94 1 18655 3 00 1 11 0 01

Réservé à l'organisation  
*For the organization only*

Numéro de dossard

Je soussigné(e), Dr. SULTAN Audrey remplaçant du Dr BEN SALAH Loubna  
*I, the undersigned Dr*

Certifie que l'examen ce jour de Mme AL-HABOBI Nadia  
*Certify having examined this day M., Ms, Miss*

Ne met pas en évidence de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.  
*And not having diagnosed any contraindication regarding the practise of running in competition.*

Fait à CRETEIL Le 05/09/2017  
*Done in date*

**Dr BEN SALAH Loubna**  
**Médecin Généraliste Conventionné**  
62, avenue François Mitterrand  
94000 CRETEIL  
Tél. 01 43 77 77 30  
94 1 18655 3 00 1 11 0 01

Signature du médecin  
*Doctor's signature*

