

Nom de la course :

FOULEES CHARTRAINES – 16 sept
2018

Je soussigné Dr _____, Docteur en médecine,

Certifie que l'examen de M, Mme, Mlle : _____

Date de naissance : _____ Age : _____

**Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de l'athlétisme en
compétition**

Certificat établi à : _____

Date : _____

Signature :

Tampon du médecin

