



Nom de la course :

Le Mini Galet

Le P'tit Galet

Le Grand Galet

Numéro de dossard :

--

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné (e) Dr _____, Docteur en médecine,

certifie que l'examen de M/Mme _____

Date de naissance : _____ Age : _____

ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.

Certificat établi à : _____

Date: _____ Signature du Médecin :

Tampon du Médecin :