

Nom de la course :

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 :