



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr _____,
Docteur en médecine, certifie que l'examen clinique de
Mr/Mme _____,
né le ____/____/____, ne révèle pas à ce jour de contre-
indication apparente pour la pratique du sport, de la
course à pied et de la course à obstacles y compris en
compétition.

Certificat établi à (ville) :

_____ .

Date : ____/____/____

Signature et cachet du médecin :