



CERTIFICAT MEDICAL

NOM :

PRENOM :

Adresse :

Date de Naissance :

**NE PRESENTE PAS DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE
DE L'ATHLETISME ET COURSE A PIED DE LOISIR ET DE
COMPETITION**

DATE

SIGNATURE DU MEDECIN

CACHET DU MEDECIN

N° DE LICENCE :