

CERTIFICAT MEDICAL (équipier N°1)

Je, soussigné 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 :

CERTIFICAT MEDICAL (équipier N° 2)

Je, soussigné 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 :