

# Certificat Médical

www.normandiecouseapied.com

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_, Docteur en médecine,

Demeurant à : \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour Mr / Mme / Melle : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Demeurant à : \_\_\_\_\_

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de la course à pied, y compris en compétition.

Certificat établi à : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du Médecin :

Tampon du médecin :