

# CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE A LA PRATIQUE DES SPORTS EN COMPETITION

Je soussigné(e)

Docteur

Demeurant à :

Adresse

Ville

Code Postal

Certifie avoir examiné  né(e) le  /  /

Demeurant à :

Adresse

Ville

Code Postal

Et n'avoir pas constaté à la date de ce jour de signes cliniques apparents contre indiquant la pratique de la course à pied en compétition

Fait à  Le  /  /

Cachet du médecin

DOCTEUR DAVID LUCAS  
01 GÉNÉRALISTE C  
Avenue du Gisors  
50700 VALOGNES  
50 1 01545 7

Signature du médecin

