

Nom de la course :

Numéro de dossard :

## CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_, Docteur en médecine,  
I, the undersigned \_\_\_\_\_, Doctor of Medicine

certifie que l'examen de M/Mme \_\_\_\_\_  
certifies that Mr/Mrs.'s exam \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_  
Date of birth \_\_\_\_\_

ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en  
compétition.

does not reveal any contraindications to the practice of running in competition

Certificat établi à : \_\_\_\_\_  
certificate issued at \_\_\_\_\_

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

Signature du Médecin : \_\_\_\_\_  
doctor's signature

Tampon du médecin :  
doctor's tampon