

Cachet du médecin :

Date :.....

Certificat médical de non contre-indication à la pratique de l'athlétisme sous toutes ses formes et en compétition

Je soussigné Docteur :.....

Certifie avoir consulté ce jour M/Mme/Melle

Né le/...../..... Demeurant à :

Son état de santé ne présente aucune contre-indication à la pratique :

- **de l'athlétisme sous toutes ses formes et en compétition.**

Certificat établi à la demande de l'intéressé et remis en main propre

Signature :