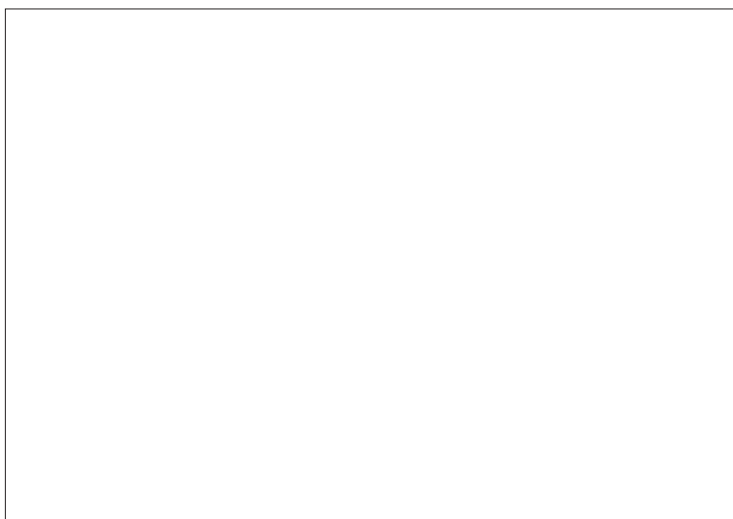


Zone réservée au tampon du médecin



Je soussigné, Docteur :

Certifie que l'examen de :

effectué, ce jour, ne met pas en évidence de contre indication à la pratique de la course à pied en compétition.

Fait à :

Le :

(Signature du médecin)