



Nom :
Prénom :

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné, Dr, Docteur en médecine,
certifie que l'examen de M/Mme.....

Date de naissance : Age :

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied, du
trail ou ultra-trail, de la course en montagne, en compétition.

Certificat établi à :

Date : Signature et tampon du Médecin :