

Je soussigné, Docteur : ………………………….

Demeurant à : ……………………………………

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Melle : ……………………………….

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Demeurant à : …………………….

**Et n’avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de l’athlétisme en compétition.**



Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_

 Cachet du Médecin Signature du médecin