

CERTIFICAT MEDICAL

Ce certificat doit être rempli, daté et signé par le médecin, qui appose sa signature et son cachet (ou à défaut son numéro professionnel pour les médecins étrangers)

Je soussigné(e) Docteur

Atteste que l'état de santé de :

NOM (en lettres MAJUSCULES).....

Prénom.....

Date de naissance / /

**Ne présente aucune contre-indication à la pratique de la
Course à pied / Marche Nordique/Randonnée**

☐ En compétition

☐ En loisir

Fait à le / /

Signature du médecin :

Cachet du Médecin
(ou numéro professionnel)

