



**Certificat mèdical**  
**de non contre indication à la pratique**  
**de la course à pied en compétition**

Je soussigné Docteur,

Dr. \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_ Téléphone + (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour Mme. / Mlle. / M.

NOM \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 19 \_\_\_\_\_

Et n'avoir constaté aucune contre indication à la pratique de la course à pied en compétition.

Date

Cachet

Signature du médecin

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_\_

(pour une course de le Memorial Edu, Just I Quique 2018: date>28/07/2017)

---

Envoyer a [medic.ultravallsdaneu@gmail.com](mailto:medic.ultravallsdaneu@gmail.com)