

CERTIFICAT MEDICAL



SATURDAY NIGHT RUNNER

Je soussigné Dr _____ ,
Docteur en médecine, certifie que l'examen
clinique de Mr/Mme

_____ ,
né le ____/____/____ , ne révèle pas à ce jour de
contre-indication apparente pour la pratique du
sport en compétition, de la course à pied en
compétition et de la course à obstacles en
compétition.

Certificat établi à (ville) :

_____ .

Date : ____/____/____

Signature et cachet du médecin :

