



Certificat médical 2024

Je soussigné docteur

Certifie avoir examiné ce jour

Nom: Prénom: Né(e) le :,
avoir pris connaissance de la course à laquelle va participer mon patient et n'avoir constaté aucune contre-indication apparente à la pratique de la course à pied en compétition, et en particulier aucune pathologie cardio-respiratoire, ni aucune lésion évolutive, tant musculotendineuse qu'articulaire au niveau des membres inférieurs, contre-indiquant une activité physique de longue durée.

Date, Cachet obligatoire et signature du médecin