

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné (e), Docteur
certifie avoir examiné Mme / M
né (e) le, et n'avoir pas constaté de signes cliniques apparents
contre-indiquant à la pratique de la course à pied et de la natation en compétition.

Fait à, le

CACHET DU MEDECIN :

SIGNATURE :