

**CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE
D'UN SPORT**

Je soussigné, Docteur _____ certifie avoir examiné

M/Mme _____

Né(e) le ____/____/____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique
de la course à pied en compétition.

Observations :

A : _____

Date : ____/____/____

Cachet et signature :