

# CERTIFICAT MEDICAL

Pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-3 du Code du Sport

Je soussigné, Docteur / I, the undersigned doctor : \_\_\_\_\_

Demeurant à / Residing at : \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour M., Mme, Melle /  
Certify that I have examined this day Mr/Mrs : \_\_\_\_\_

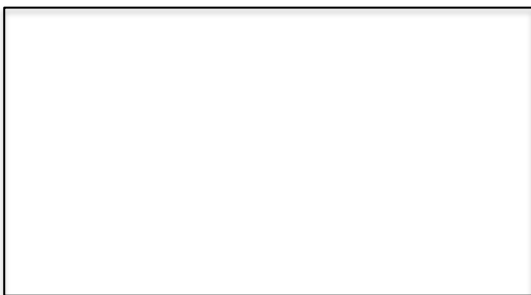
Né(e) le / Date of birth : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ .

Demeurant à / Residing at : \_\_\_\_\_

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre indication à la pratique de la course à pied en  
compétition / And not have found this day, against to the practice of running in competition.

Fait à / Made at : \_\_\_\_\_ ,

Le / Date : jour day \_\_\_\_\_ / mois month \_\_\_\_\_ / année year \_\_\_\_\_ .



Cachet et signature du médecin OBLIGATOIRE  
Stamp and signature of the doctor MANDATORY

**La formulation exacte du certificat médical, la signature et le cachet du médecin ainsi qu'une date de visite inférieure à un an le jour de la course est impérative.**

**The exact formulation of the medical certificate, signature and seal of the doctor, thus a date of visit lower than one year the day of the race is imperative.**