



LE BELIER BLANC
Samedi 13 janvier 2024

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur, Docteur en médecine,
certifie que l'examen de M / Mme / Mlle,
né(e) le ____ / ____ / ____ Age :
ne révèle pas de contre-indications à la pratique de la course à pied y compris en compétition.

Certificat établi à :

Le :

Signature et tampon du médecin :