

LA CANADIAN RACE



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr _____, Docteur en médecine,
certifie que l'examen de M/Mme _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Age : _____

ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis en mains propres.

Certificat établi à : _____

Date: ____ / ____ / ____

Signature et cachet du Médecin

Numéro de dossard

Cadre réservé à l'organisation