



## CERTIFICAT MEDICAL

MEDICAL CERTIFICATE

Je, soussigné Dr ....., Docteur en médecine,  
I, the undersigned doctor of medicine

certifie que l'examen de M/Mme, : .....  
certify that the examination of

Né(e) le : .....  
born the

ne révèle pas de contre-indication à la pratique de :  
does not reveal a contraindication to the practice of

- **la course à pied en compétition.**
  - running in competition

Date / Dated : .....

**Signature et cachet** du Médecin  
Signature and doctor's stamp

(Ce certificat sera valable pendant un an, au regard du règlement FFA actuel)  
(This certificate will be valid for one year, under the current FFA regulation)