

Nom et Adresse du Médecin

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné, Docteur.....

Certifie après examen que

Mr, Mme.....

Né(e) le.....

présente, ce jour, une absence de signe clinique apparent contre indiquant la pratique de la Course à Pied ou de l'Athlétisme EN COMPETITION.

Date

Pour Auray Vannes 2010, votre certificat doit avoir été établi après le 12 septembre 2009

Signature