

Nom et Adresse du Médecin

## CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné, Docteur \_\_\_\_\_

certifie que l'examen de M/Mme : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

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

Date

*Pour la Corrida Vannetaise 2017, votre certificat doit avoir été établi depuis le 1er janvier 2017*

Signature