

Nom et Adresse du Médecin

CERTIFICAT MEDICAL

Pris en conformité avec l'article L 223-2-1 du code du sport

Je, soussigné, Docteur _____

Certifie avoir examiné ce jour M/Mme : _____

Né(e) le : ___/___/_____ Demeurant à : _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du sport en compétition et de l'Athlétisme en compétition.

Fait à _____ le ___/___/_____

Pour Auray Vannes 2024, le certificat doit avoir été établi après le 15 septembre 2023

Cachet et Signature du Médecin