

Nom de la course : **La Foulée Pintervillaise**

Numéro de dossard :

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 établi à : _____

Date: _____

Signature du Médecin :

Tampon du médecin :