



**CERTIFICAT MEDICAL
DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT
Saison 08-2024 / 08-2025**

Je soussigné(e), _____,

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné

Mr/Mme _____

Né(e) le _____

et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique de la course à pied, y compris en compétition.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis en mains propres.

Date : _____

Signature et Cachet du Médecin