

# CERTIFICAT MEDICAL

*Medical certificate*

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_, Docteur en médecine,  
*I, the undersigned, Dr a qualified medical doctor,*

certifie que l'examen de M/Mme \_\_\_\_\_  
*certify that my medical examination of Mr/Ms/Mrs*

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_  
*date of birth age*

ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.  
*has not indicated any reason why the above-mentioned person should not take part in competitive running events*

Certificat établi à : \_\_\_\_\_  
*signed at (place)*

Date: \_\_\_\_\_ Signature du Médecin : \_\_\_\_\_  
*on (date) Signature of doctor*

Tampon du médecin :  
*Doctor's official stamp:*