**Le certificat médical**

Pour qu'il soit conforme le certificat médical doit obligatoirement attester de la non contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition. Vous pouvez imprimer le formulaire ci-dessous et le faire remplir par votre médecin.

 **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

**Envoyer la copie de votre certificat médical**

Envoyer votre certificat médical: lesfouleesdescoteauxdelevre@gmail.com