



## CERTIFICAT MEDICAL 2024

Je soussigné

.....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné M/Mme/L'enfant (1)

.....

.....

Né(e) le : ..... et n'avoir pas constaté, ce jour,  
de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du **sport en compétition**, de la  
**course à pied en compétition** ou de l'**athlétisme en compétition**.

Certificat établi à la demande de l'intéressé pour faire valoir ce que de droit

Date : .....

Cachet et signature du médecin obligatoires

*(1)Rayer les mentions inutiles*