

CERTIFICAT MEDICAL



Je soussigné, Docteur / I, the undersigned Doctor : _____

Demeurant à / Residing at : _____

Certifie avoir interrogé et examiné ce jour M., Mme, Mlle : _____

Certify that I have interrogated and examined this day Mr, Mrs : _____

Né(e) le / Date of birth : _____

Demeurant à / Residing at : _____

Et l'avoir reconnu apte à la course à pied en compétition

And to have recognized him as capable of running in competition

Fait à / Made at : _____

Le / Date : _____

Cachet et signature du médecin **OBLIGATOIRE**

Stamp and signature of the doctor **MANDATORY**

La formulation exacte du certificat médical, la signature et le cachet du médecin ainsi qu'une date de visite inférieure à 1 an le jour de la course est impératif.

The exact formulation of the medical certificate, signature and seal of the doctor, thus a date of visit lower than one year of the race is imperative.