

**CERTIFICAT MÉDICAL ANNUEL PRÉALABLE
À LA PRATIQUE DES SPORTS EN COMPÉTITION**

Je soussigné(e),

Docteur

Demeurant

Certifie avoir examiné,

Mademoiselle Madame Monsieur

Nom, prénom

Né(e) le

Demeurant

Appartenant

Appartenant à l'association sportive

*et n'avoir pas constaté à la date
de ce jour de signes cliniques
apparents contre-indiquant la pratique
des sports suivants*

**Course à pied
en compétition**

Fait à

Le

Cachet du médecin

Signature du médecin