



**AT** ←————→ **LÉ**  
**CLUB AFFILIÉ**

**Certificat médical**

Je soussigné(e) Dr :

Docteur en médecine certifie avoir examiné

Mr / Mme / Melle :

Né (e) le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Demeurant à :

**Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition**

le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ A

Signature du médecin

Cachet du médecin