



Certificat médical 2025 :

Je soussigné docteur

.....

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

Avoir pris connaissance de la course à laquelle va participer mon patient et n'avoir constaté aucune contre-indication apparente à la pratique de la course à pied en compétition, et en particulier aucune pathologie cardio-respiratoire, ni aucune lésion évolutive, tant musculotendineuse qu'articulaire au niveau des membres inférieurs, contre-indiquant une activité physique de longue durée.

Date, Cachet obligatoire et signature du médecin :