



## UNIQUEMENT POUR LES MINEURS

### 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 musculo- tendineuse qu'articulaire au niveau des membres  
inférieurs, contre-indiquant une activité physique de longue durée.

**Date, Cachet obligatoire et signature du médecin**