

## **CERTIFICAT MEDICAL UNIVERSEL**

(Dans le cadre du challenge, seul ce certificat sera accepté, daté de l'année en cours)

Je, soussigné Dr en médecine: .....

Certifie que l'examen de M/Mme :.....

Né(e) le : ...../...../..... (J/M/A)

Ne révèle à ce jour aucune contre-indication à la pratique de la course à pied **en compétition** pour l'année en cours.

.

**Le** :...../...../.....

Tampon et signature du médecin **Obligatoire**

