



Nom (family name):

Prénom (name):

Date de naissance (birthdate):

Pays (country):

Ce certificat est conforme à la législation française. Afin de garantir un traitement sans erreur, vous avez la possibilité d'utiliser ce formulaire. Ce certificat doit être rempli, daté et signé par le médecin, qui appose également son cachet ou indique son numéro professionnel (cas de médecin non français). Ce certificat doit être fourni avant la date indiquée sur le règlement de la course à laquelle vous participez, en le déposant dans votre Espace Coureur.

A défaut de réception de ce certificat dans le délai fixé, votre inscription sera annulée.

NB: les licenciés FFA peuvent fournir une copie de leur licence en cours de validité au jour de la course. Les licences de triathlon ne sont pas acceptées.

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné docteur

Certifie que l'examen de:

Nom: Prénom:

Né(e) le:

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.

Date:

Signature du médecin:

Tampon du médecin