

CERTIFICAT MEDICAL / MEDICAL CERTIFICATE

Ce certificat est conforme à la législation française. Il est conseillé d'utiliser ce formulaire. Il doit être rempli, daté et signé par le médecin, qui appose sa signature et son cachet (ou à défaut son numéro professionnel pour les médecins étrangers).

This certificate is required by French law. This form must be used. It must be filled in, dated and signed by the doctor, who must sign and stamp it (foreign doctors can write their professional or license number).

Je soussigné, Docteur,
I, the undersigned Dr., Doctor of Medicine,

Atteste que l'état de santé de :
Certify that the examination of:

M. / Mme Prénom : Nom :
Mr / Mrs / Ms First name Last Name

Date de naissance: / /
Date of birth: Day / Month / Year

Ne présente aucune contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.
Reveals non-contraindications with the practice of Athletics in competition or running in competition.

Fait à, le / /
Issued in (place), day / Month / Year

Signature du médecin
Doctor's signature

Cachet du médecin
Doctor's stamp and license number