



Certificat Médical en vue de la pratique de l'ATHLÉTISME

(à faire remplir par votre médecin)

Je soussigné, Docteur

Certifie que ...M.....

né(e) le

(1) Ne présente aucune contre-indication à la pratique de l'Athlétisme en compétition

Ne présente aucune contre-indication à la pratique de l'Athlétisme (option Découverte ou Santé – *athlétisme hors compétitions*)

Fait à, le.....

Cachet et Signature :

(1) Rayer obligatoirement la phrase inutile selon la pratique sportive déclarée par l'intéressé(e)

Conserver une copie



Certificat Médical en vue de la pratique de l'ATHLÉTISME

(à faire remplir par votre médecin)

Je soussigné, Docteur

Certifie que ...M.....

né(e) le

(1) Ne présente aucune contre-indication à la pratique de l'Athlétisme en compétition

Ne présente aucune contre-indication à la pratique de l'Athlétisme (option Découverte ou Santé– *athlétisme hors compétitions*)

Fait à, le.....

Cachet et Signature :

(1) Rayer obligatoirement la phrase inutile selon la pratique sportive déclarée par l'intéressé(e)

Conserver une copie