

# **ECOLE D'ATHLETISME**

---

## **Certificat médical**

*A remplir par un médecin*

Je soussigné, Docteur ..... Certifie que .....

Né(e) le .....

Ne présente aucune contre indication à la pratique :

De l'athlétisme en compétition

Fait à ..... le .....

Cachet et signature