

شهادة طبية

## CERTIFICAT MÉDICAL

DE NON CONTRE INDICATION À LA PRATIQUE SPORTIVE  
(COURSE À PIED - TRAIL)

Je soussigné(e) .....

**Docteur en Médecine, certifie avoir examiné**

Mr. / MII./ Mme. ....

né (e) le .....

et avoir constaté à ce jour, l'absence de signe clinique contre-indiquant la  
pratique du sport (course à pied - trail)

certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé  
et remis en main propre.

fait à ....., Le .....

Signature et cachet du Médecin