

**CROSS DE  
BIVIERS-  
MONTBONNOT  
2017**

**Certificat Médical**

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_,

Docteur en médecine,

Certifie que l'examen de  Monsieur  Mademoiselle  Madame

\_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, Age \_\_\_\_\_

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

Certificat établi à : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du médecin	Tampon du médecin