

CERTIFICAT MEDICAL

UTILISER SEULEMENT CARACTÈRES D'IMPRIMERIE S'IL VOUS PLAÎT

Je soussigné(e), Docteur / Doctoresse (nom et prénom)

né(e) à (ville et pays)

le (jj / mm / aaaa)

 / /

mon cabinet se trouvant à (adresse complète)

mon numéro de téléphone étant le

 /

certifie que Monsieur / Madame / Mademoiselle (nom et prénom de l'athlète)

né(e) à (ville et pays)

le (jj / mm / aaaa)

 / /

résidant à (adresse complète)

document d'identité (*type de document*):

numéro

sur la base de la visite médicale et des contrôles relatifs effectués, est en bonne santé et ne présente aucune contre-indication à la pratique du marathon en compétition.

Le présent certificat expire le (jj / mm / aaaa)

 / /

La date d'expiration du certificat ne doit pas être antérieure au 30/04/2015.

Date (jj/mm/aaaa)

 / /

Signature et Timbre
du Docteur - de la Doctresse