

CERTIFICAT MEDICAL

Pris en application des articles L.231- et L231-3 du code du Sport

(Licences Athlé compétition, Athlé Entreprise, Athlé Découverte et Athlé Running)

Je, soussigné, Docteur : _____

Demeurant à : _____

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Melle : _____

Né(e) le : ___/___/___ Demeurant à : _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de l'Athlétisme en compétition.

Fait à _____, le _____

