

MARATHON DE LA LOIRE

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné Dr, , docteur en médecine,
I, the undersigned Dr, , Doctor of Medicine,

Certifie avoir examiné Mr/Mme
Certify that the examination of Mr/Ms

Date de naissance : Age :
Date of birth: Age:

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.
Reveals no contraindications for participating in running competitions.

Certificat établi à :
Medical certificate issued in (place):

Date :
Date:

Signature et tampon du médecin :
Doctors sign: