

MARATHON DU MEDOC 2024

Course (*Race*) :

Numéro de dossier (*file number*) :

CERTIFICAT MEDICAL / *MEDICAL CERTIFICATE*

Je, soussigné, (*I, the undersigned*) **Dr** _____,

Docteur en médecine, (*Doctor of Medicine*) certifie que l'examen de **M/Mme**
(*Certify*

that the examination of Mr/Ms) : _____

Date de naissance (*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 : _____ Signature du Médecin (*Doctors sign*) : _____

Tampon du médecin (*Doctors Stamp*) :