

CERTIFICAT MÉDICAL TCO saison 2017-2018

Je soussigné(e), Docteur :

.....

Exerçant à :

.....

....

Certifie avoir examiné ce jour Mme / Mlle / M. /

.....

Né(e) le/...../.....

Demeurant à :

.....

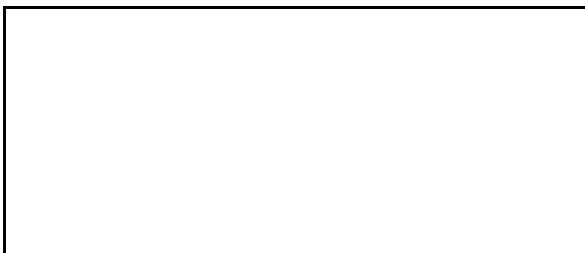
.....

.....

Et n'avoir constaté ce jour aucune contre indication à la course à pieds en compétition.

Fait à

le



Cachet et signature du Médecin