

Certificat médical

Je soussigné(e)

Dr :

Docteur en médecine certifie avoir examiné
Mr / Mme / Melle

Né(e) le :

Demeurant à :

**Ne révèle pas de contre-indication à la pratique
de la course à pied en compétition.**

Le :

A :

Signature et cachet du médecin



Harmonie Mutuelle, Partenaire Santé ODYSSEA, vous propose
ce certificat médical, conforme à la législation en vigueur.