

**COURSE DE L'ESPOIR
10 km CHRONOMETREE
dimanche 23 septembre 2018**

*Les Virades
de l'espoir*

POUR



CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr _____, Docteur en Médecine,

certifie que l'examen de M/Mme _____

Date de naissance : _____ Age : _____

ne révèle pas de contre-indication à la pratique de la course en compétition.

Certificat établi à : _____

Date : _____

Signature du Médecin : _____

Tampon du Médecin :