

CERTIFICAT MEDICAL

Dans le cadre de l'article 2-1-2 des règlements généraux de la Fédération Française d'Athlétisme et pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-3 du Code du Sport,

je soussigné, Docteur _____

Domicilié _____

Certifie avoir examiné ce jour Mr/ Mme/ Melle _____

Né(e) le ___ / ___ / ___ / Demeurant à _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition. .

Fait à , Le ___ / ___ / 20__

Cachet du Médecin signature du médecin

ATTENTION REGLEMENTATION

Ce certificat est valable 1 an à dater du jour de délivrance