



Les Foulées du Cœur

CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE

Je soussigné

Docteur :

Certifie avoir examiné :

Mme, Melle, Mr⁽¹⁾ NOM :

Prénom :

Né(e) le : / / A :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, aucun signe clinique apparent ni de contre-indication à la pratique de la course à pied et de l'athlétisme en compétition

Fait à :

Le : ___ / ___ / _____

Signature :

CACHET DU MEDECIN

⁽¹⁾ rayer les mentions inutiles