

21^{ème} Gambade Escalaise

Dimanche 01 octobre 2017

Numéro de Dossard

(cadre réservé à l'organisation)

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr....., docteur en médecine, certifie que l'examen
de M. / Mme / Mlle, né (e) le/...../.....,
ne révèle aucune contre indication à la pratique de la course à pied en compétition.

Certificat établi à :.....

Date : / /

Signature et tampon du Médecin