**CERTIFICAT DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE D’UN SPORT**

*Medical certificate of non contraindication to practice sport*

**Je soussigné(e),** ………………………………………………………………………………………………………………….

I, the undersigned

**Docteur en médecine, certifie avoir examiné**

*Doctor of medicine, certifies having examined*

(**Nom,prénom**) …………………………………………………………………………………………………………………….

*(Surname, First Name)*

**né(e) le** …………………………………………………………………

*Date of birth*

**Et avoir constaté, ce jour, l’absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique de la course à pied en entrainement et compétition**

*And, today, have not detected any clinical sign to contraindicate the practice of running in training and competition*

**Certificat établi à la demande de l’intéressé(e) pour faire valoir de ce droit.**

Certificate valid on the request of the interessed person

Le ……………………………………………………… à ……………………………………………………

*Date and place*

**Signature et cachet du médecin**

*Doctor’s signature and stamp*