**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*