



CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

Je soussigné(e), _____
Docteur en Médecine, certifie avoir examiné

Mr/Mme _____

Né(e) le ____/____/____

et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable
contre-indiquant la pratique de la course à pied en compétition.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de
l'intéressé et remis en mains propres le _____

à _____ .

Signature et Cachet du Médecin

Le décret n° 2016-1157 du 24 août 2016 relatif au certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport porte à 3 ans la validité de ce document UNIQUEMENT pour le renouvellement d'une licence sportive. Pour la participation à une compétition sportive des non-licenciés, un certificat médical daté de moins d'un an au jour de la compétition reste obligatoire.



Association les Foulées du Monde

20 RUE SAINT PIERRE - 06380 SOSPEL

DEFISCHOTT@GMAIL.COM - 06.78.63.65.16

