

**Race name :**  
(nom de la course)



**SPORT MEDICAL CERTIFICATE**  
(certificat médical sportif)

I , the undersigned Dr \_\_\_\_\_  
(Je, soussigné(e) Dr)

Have examined \_\_\_\_\_  
(a examiné)

Surname : \_\_\_\_\_  
(Nom)

Firstname : \_\_\_\_\_  
(Prénom)

Date of birth : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_  
(Date de naissance) (âge)

**And conclude that he/she is not suffering from illness or debilitating condition that would prevent him/her from sport and running in competition.**

*(Et conclus qu'il/elle n'est pas atteint(e) de maladie ou de toute condition qui l'empêcherait de pratiquer le sport et la course à pied en compétition.)*

Date :

Doctor's signature :  
(signature du médecin)

Doctor's address and stamp :  
(adresse et tampon du médecin)