

Je, soussigné,

Docteur \_\_\_\_\_,

Docteur en Médecine

certifie que l'examen de Madame, Monsieur,

\_\_\_\_\_

né(e) le \_\_\_\_\_

âge \_\_\_\_\_ ans

ne révèle à ce jour aucune contre-indication à la course à pied en compétition.

Fait le :

A :

Signature du médecin :

Tampon obligatoire et lisible  
comportant le numéro du Conseil  
d'Ordre impérativement

EKIDEN  
ALBI 2017

**POUR LES NON-LICENCIÉS FFA :**

Certificat médical de «non contre-indication à la course à pied en compétition» obligatoire.

- daté de moins d'un an le jour de la course
- les mentions «course à pied» et «en compétition» doivent apparaître impérativement

Les photocopies certifiées conformes à l'original sont acceptées.

Le document fourni sera conservé en original ou en copie par l'organisateur (Association Marathon d'Albi) en tant que justificatif en cas d'accident.