

ASSOCIATION SPORTIVE DE BONDY

Section Athlétisme



FÉDÉRATION FRANÇAISE D'ATHLÉTISME

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur _____ Certifie que l'examen Clinique ce jour de _____
confirme l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de l'athlétisme EN COMPETITION.

Date | | | / | | | / | | | | (jj/mm/aaaa)

Cachet du médecin

Signature