

LF.B.F.A.T.

CERTIFICAT MEDICAL

Boulevard de l'Empereur 13
1000 Bruxelles

Saison 201.....

Je soussigné.....

Docteur en médecine à

certifie avoir examiné aujourd'hui M

né(e) le.....habitant.....

et déclare qu'il (elle) est **apte à la pratique de l'athlétisme en compétition et donc de la course à pied**

Fait à

Le/...../.....

Cachet du Médecin

Signature

CLUB :