LF.B.F.A.T. CERTIFICAT MEDICAL

Boulevard de l'Empereur 13 **Saison 201……..**
1000 Bruxelles

Je soussigné.....

Docteur en médecine à .....

certifie avoir examiné aujourd'hui M .....

né(e) le.....habitant.....

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

Fait à ..... Le ...../...../.....

Cachet du Médecin *Signature*

CLUB : .....

Au membre , si vous en possédez une, pourriez-vous confirmer votre adresse email :
……..……