F.B.F.A.T
Boulevard de l'Empereur 13
1000 BRUXELLES

CERTIFICAT MEDICAL
SAISON 20 . .

Je soussigné le Docteur .....

Docteur en médecine à .....

Certifie avoir examiné aujourd'hui : .....

Né(e) : ..... domicilié(e) .....

Commune : ..... Pays : Belgique.

Et déclare qu'il - elle est

0 apte à la pratique de l'athlétisme en compétition

0 Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition et du trail running de montagne en compétition.

Ce, après examen complet de son état de santé.
Fait pour valoir ce que de droit.

Fait à ..... le .....

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN.

F.B.F.A.T
Boulevard de l'Empereur 13
1000 BRUXELLES

CERTIFICAT MEDICAL
SAISON 20 . .

Je soussigné le Docteur .....

Docteur en médecine à .....

Certifie avoir examiné aujourd'hui : .....

Né(e) : ..... domicilié(e) .....

Commune : ..... Pays : Belgique.

Et déclare qu'il - elle est

0 apte à la pratique de l'athlétisme en compétition

0 Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition et du trail running de montagne en compétition.

Ce, après examen complet de son état de santé.
Fait pour valoir ce que de droit.

Fait à ..... le .....

CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN.