

Intitulé de l'épreuve :

*Title of the event :*

42.195 km

21.1 km

10 km

5 km

## Certificat Médical / *Certificate Medical*

### شهادة طبية

Je, soussigné Docteur :

*I, undersigned Doctor:*

أنا الممضي أسفله الطبيب :

Certifie que : Mr/Mme

*Certifies that: Mr / Ms*

أشهد أن السيد / السيدة

Né(e) en / *born in*

المولود (ة)

Ne présente aucune contre-  
indication apparente à la pratique  
de la course à pied en  
compétition.

*Does no apparent*

*contraindications to the practice  
of running in competition.*

لا يحمل أي من الموانع الظاهرة  
لممارسة نشاط التباري في العدو

A / A : ..... Le / The: .....

التاريخ

المكان

Signature du médecin

Doctor Signature

إمضاء الطبيب

Tampon du médecin

Doctor stamp

ختم الطبيب