

**F.B.F.A.T.**

Boulevard de l'Empereur, 13  
1000 Bruxelles

**CERTIFICAT MÉDICAL**

SAISON **2024**

Je soussigné(e) .....

docteur en médecine à .....

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

né / née le ..... / ..... / ..... habitant à .....

et déclare qu'il / elle est apte à la pratique de l'athlétisme de loisir et de compétition

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

Cachet du médecin

*Signature :*

**CLUB : Jogging club du RONVAU – B.1325 Chaumont-Gistoux**