

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

**CERTIFICAT MEDICAL**  
**Saison 200...**

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

Fait à .....

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

Cachet du Médecin

*Signature :*

CLUB : .....