

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine,

certifie que l'examen de M/Mme _____

Date de naissance : _____ Age : _____

ne révèle pas de contre-indication à la pratique du VTT/cyclisme en compétition.

Certificat établi à : _____

Date : _____

Signature et tampon du médecin :