

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), , Docteur en médecine, certifie
avoir examiné ce jour Mme. / M.
Né(e) le à
et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique et à l'encadrement :

- du VTT
 ou du cyclisme traditionnel

Fait à, le

Signature et cachet du médecin

P.S. : le certificat devra dater de moins de trois mois à l'entrée en formation