

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, l'enseignement et à
l'encadrement :

- du VTT
- ou du cyclisme traditionnel
- ou du BMX

Fait à, le

Signature et cachet du médecin

P.S. : le certificat devra dater de moins d'un an à l'entrée en formation