

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine, certifie que

l'examen de M/Mme _____

né(e) le : _____ à _____

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

Certificat établi à : _____

Date: _____

Signature et tampon du Médecin :

