



Nom: .....  
Prénom: .....  
Date de Naissance: ...../...../.....  
Pays .....  
N° d'inscription: .....

## Certificat médical

Je soussigné docteur .....

Certifie que l'examen de:

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .....,

ne révèle pas de contre-indication à la pratique du VTT en haute montagne en compétition.

Date : .....

Signature du médecin :

Tampon du médecin



UNION CONFEDERALE COORDINATION

36 rue Mérimée – 06110 LE CANNET France - Tel : +33 (0)4 93 43 51 54 – Email :  
info@uccsportevent.com