

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU VTT EN COMPETITION

Je soussigné(e), _____,

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné

Mr/Mme _____

Né(e) le _____ .

et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique du VTT en compétition.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis en mains propres le _____ .

A _____ .

Signature et Cachet du Médecin