

# CERTIFICAT MÉDICAL / MEDICAL CERTIFICATE

MEGAVALANCHE ALPE D'HUEZ • 10 au 12 JUILLET 2026 / 10 to 12 july 2026

*À faire compléter, signer et tamponner par un médecin.  
To be completed, signed and stamped by a licensed physician.*

Nom / Surname	
Prénom / First name	
Date de naissance / Date of birth	
Nationalité / Nationality	

**Je soussigné(e), Dr** \_\_\_\_\_

**I, the undersigned Dr.** \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour la personne mentionnée ci-dessus et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique du VTT EN COMPÉTITION.

Certify that I have examined the above-mentioned participant and found no medical contraindication to the practice of COMPETITIVE MOUNTAIN BIKING.

- Le participant est médicalement apte à participer à la Megavalanche Alpe d'Huez 2026.**  
 **The participant is medically fit to take part in Megavalanche Alpe d'Huez 2026.**

Date de l'examen / Date of examination	
Signature du médecin / Physician's signature	
Cachet du médecin / Physician's stamp	

*Le certificat doit dater de moins d'un an à la date de l'épreuve.  
The certificate must be issued within one year prior to the event.*