

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Dr ..... certifie avoir examiné ce jour  
M, Mme , Mlle .....et qu'il (elle) ne  
présente aucune contre -indication à la pratique du :

VTT  
RANDONNEE PEDESTRE  
CYCLO DE ROUTE

(Discipline excluant toute forme de compétition)  
(cocher le ou les sports concernés)

A ..... Le .....

**Signature et cachet du médecin:**  
(Obligatoire avec ses coordonnées)



Document à présenter à un médecin du sport, votre médecin référent ou autre médecin de votre choix pour la délivrance du certificat de non contre - indication .