



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur

.....

Certifie que Mme, Mlle, M.,.....

Né(e) le / /

Ne présente pas, ce jour, de signe clinique contre-indiquant la pratique du ou des sports suivants :

- Cycloport (cyclisme en compétition)
- Cyclotourisme
- VTT compétition
- VTT loisir
- Randonnée pédestre
- Autres (*à préciser*) :.....

Nombre de cases cochées : _____

Vous pouvez cocher plusieurs activités en fonction de la licence demandée.

Cachet :

Date: _____

Signature :