



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, 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 :