



# CERTIFICAT MEDICAL 2017-2018

à : .....

le : .....

Je soussigné, Docteur .....

Certifie avoir examiné ce jour,

(Nom et Prénom) .....

et déclare qu'il/elle ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique des sports suivants en loisirs et en compétitions (rayer éventuellement les sports contre-indiqués) :

- VTT (29046),
- cyclotourisme (26013)
- Tir à l'arc,
- Escalade,
- Canoë-Kayak,
- Randonnée,
- Course à pied.

Cachet et Signature



# CERTIFICAT MEDICAL 2017-2018

à : .....

le : .....

Je soussigné, Docteur .....

Certifie avoir examiné ce jour,

(Nom et Prénom) .....

et déclare qu'il/elle ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique des disciplines suivantes en compétitions (raier éventuellement les disciplines contre-indiquées) :

- 29046 (VTT randonnées),
- cyclotourisme (26013)
- 29037 (Dirt),
- 26015 (Vélo trial – Bike trial),
- 26022 (Epreuves combinés –Raid multiactivités),
- 26012 (Cyclospor),

Cachet et Signature

**Certificat B**