

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE

Je soussigné(e), Docteur _____

Certifie avoir examiné,

NOM Prénom _____

Né(e) le ____ / ____ / _____

Et n'avoir constaté ce jour aucune contre-indication apparente à la pratique du
ou des activités sportives précisée(s) ci-dessous :

- Cyclo – Cyclocross
- Cyclo – Cyclospor
- Cyclo – Cyclotourisme
- VTT
- VTT Randonnée

pour la saison sportive _____ :

en loisirs / entraînement

en compétition.

Restrictions éventuelles : _____

Fait le ____ / ____ / _____

Cachet professionnel et signature du médecin