



CERTIFICAT MEDICAL

Ce certificat est conforme à la législation française.

Il est conseillé d'utiliser ce formulaire.

Ce certificat médical doit être rempli, daté et signé par le médecin, qui appose sa signature et son cachet (ou à défaut son numéro professionnel pour les médecins étrangers).

Je soussigné Docteur

Adresse :

.....

Code Postal : Ville : Pays :

Tél. cabinet :

Atteste que l'état de santé de :

Mlle - Mme - M.

Nom (*en lettres MAJUSCULES*) :

Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville : Pays :

Ne présente aucune contre-indication à la pratique de la course à pied* **ET** du VTT* ou cyclisme* **en compétition.** (* : ***le cas échéant rayer la pratique sportive inadaptée à l'état de santé du patient***)

Fait à :, le/...../.....

Signature du médecin :

Cachet du médecin
(ou numéro professionnel) :