



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné _____, docteur en médecine certifie avoir examiné l'enfant dénommé ci-dessous :

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

et n'avoir constaté à ce jour aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du VTT en loisirs et en compétition.

Fait à _____, le ___ / ___ / _____

Cachet et signature du médecin :