

CERTIFICAT MEDICAL

FAIT LE :

Je soussigné, docteur

Certifie avoir examiné :

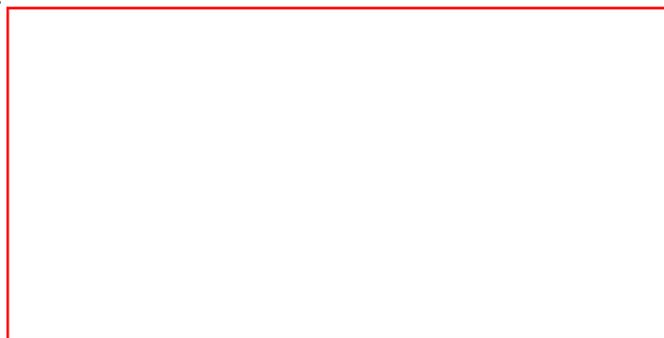
Né(e) le :

Suite à cet examen son état de santé ne présente pas de contre-indication à la pratique de :

- ATHLETISME
- COURSE A PIED
- RUN EN BIKE
- TRIATHLON
- MARCHE NORDIQUE
- VTT
- CYCLISME

Y compris en compétition.

SIGNATURE+CACHET

A large, empty rectangular box with a red border, intended for the doctor's signature and official stamp.