



**La Clusaz**  
Haute Savoie - France



## CERTIFICAT MEDICAL 2019

Je soussigné(e) Docteur ....., Docteur en médecine,  
certifie que l'examen de M / Mme / Mlle .....,  
né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Age : .....  
ne révèle pas de contre-indications à la pratique du VTT y compris en compétition.

Certificat établi à : .....

Le : .....

Signature et tampon du médecin :