



Certificat médical

Je soussigné docteur

Certifie que l'examen de:

Nom : Prénom :

Né(e) le : ,

ne révèle pas de contre-indication à la pratique du VTT en haute montagne en compétition.

Date :

Signature du médecin :

Tampon du médecin



UNION CONFEDERALE COORDINATION

36 rue Mérimée – 06110 LE CANNET France - Tel : +33 (0)4 93 43 51 54 – Email :
info@uccsportevent.com