



# CERTIFICAT MEDICAL

de non contre indication  
à la pratique du cyclisme  
(VTT)

A remplir par l'intéressé

**Club : ASH VTT – Les Hérissons**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ville :** \_\_\_\_\_ **Code postal :** \_\_\_\_\_

**Né(e) le :** \_\_\_\_\_

A remplir par le médecin

Je soussigné, \_\_\_\_\_ Docteur en médecine, atteste que  
l'examen médical pratiqué ce jour chez M. ; Mme ; Mlle\* \_\_\_\_\_  
n'a pas mis en évidence de contre indication à la pratique du cyclisme (VTT).

Fait à .....

Le .....

Signature du médecin et cachet

\* Rayer les mentions inutiles