



La Clusaz

Haute Savoie - France

CERTIFICAT MEDICAL 2024

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 :