

RANDO SILEX 2018

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Docteur

Certifie avoir examiné,

NOM Prénom.....

Né(e) le / /

Et avoir constaté la non contre-indication à la pratique du :

VTT donc du cyclisme en compétition

Trail donc de l'athlétisme ou de la course à pied en compétition

Fait à

le

Cachet et Signature :
