

# RANDO SILEX 2019

## 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 :

---