

# ATTESTATION / CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) .....

Docteur en Médecine, demeurant .....

.....

déclare à ce jour M. / Mme .....né(e) le .....

apte à la pratique du VTT (y compris en compétition).

Fait à ..... le .....

Cachet et Signature du médecin