



ORGANISME
DE FORMATION-CFA

**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION, À LA PRATIQUE ET À
L'ENCADREMENT POUR LA FORMATION :
UCC « VÉLO TOUT TERRAIN »**

Je soussigné(e),

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Mlle / Mme / M.

Né(e) le

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la
pratique et l'encadrement **DES ACTIVITÉS DE VÉLO TOUT TERRAIN**

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé(e) et
remis en main propre le

A

SIGNATURE ET CACHET DU MÉDECIN