

# CERTIFICAT MEDICAL

Nom de l'équipe : .....

Parcours :  BIGARAID Découverte (environ 30 km)

BIGARAID des Tortues (environ 60 km)

Nom/Prénom : Mr /Mme / Mlle .....

Date de Naissance : .....

## Partie à remplir par le médecin traitant :

Je soussigné Dr .....

Exerçant à .....

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour

M., Mme ou Mlle .....

Dont l'état de santé ne présente AUCUNE CONTRE-INDICATION à la pratique, en COMPETITION, du VELO TOUT-TERRAIN, de la COURSE A PIED et du CANOË.

Date : .....

**Signature et cachet du médecin :**

**Certificat médical à joindre électroniquement lors de votre inscription sur Adéorun**

**Ou à envoyer par courrier postal à :**

ASVTT BOÏENNE

2 rue Pierre de Coubertin

33380 BIGANOS