



CERTIFICAT MÉDICAL

De non contre-indication à la pratique du vélo longue distance sur plusieurs jours consécutifs

Je soussigné(e), _____, Docteur en Médecine, certifie avoir examiné

Mr/Mme _____

Né(e) le _____

et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique du vélo longue distance sur un événement de plusieurs jours tel que les événements Bivouak.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit et remis en mains propres le

à _____

Signature et Cachet du Médecin

