



BIKE & RUN DES MONTS DU LYONNAIS

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur

Certifie que l'état de santé de Melle/Mme/Mr :

Ne présente pas, ce jour, de contre indication à pratiquer le Bike & run en compétition.

Fait à :

Le :

Signature et cachet obligatoire :