

# Association Française de Vélocouché

24 Rue du Panorama

53000 LAVAL

www.afvelocouche.fr / 06 31 78 04 73

afvelocouche@gmail.com



## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné .....

certifie avoir examiné ce jour :

Nom : .....

Prénom : .....

né (e) : le .....

Domicilié (e) .....

ne relève pas de contre indication à la pratique :

Sport en compétition		Sport en loisir	
	du cyclisme en compétition		du cyclisme - cyclotourisme -
	du VTT en compétition		du VTT
	du roller en compétition		du roller
	de la course à pied (course hors stade) en compétition		randonnée pédestre
	de la marche nordique en compétition		marche nordique
			marche aquatique
	<b>Nombre de cases cochées</b>		<b>Nombre de cases cochées</b>

Fait à : ..... le : .....

Signature et tampon du médecin.



