

ULTRA TRAIL / VTT CAUSSES VALLÉES

U[VT]TCV  
LOT-DORDOGNE

## CERTIFICAT MEDICAL

### MEDICAL CERTIFICATE / CERTIFICADO MEDICO

Je soussigné, Dr .....  
*I, the understanding doctor, El Dr*

Docteur en médecine, certifie que l'examen de Mr/Mme .....  
*Certifies that the examination of M or Mrs / Certifica que el examen de Mr o señora*

Date de naissance ..... / ..... / .....  
*Date of birth / Nacido el*

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de **la course à pied en compétition**  
*Does not reveal any apparent medical objections for taking part in running competitions / No presenta ni contraindication médica para la practica de carreras pedestres en competicion*

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique du **VTT en compétition**  
*Does not reveal any apparent medical objections for taking part in VTT competitions / No presenta ni contraindication médica para la practica de VTT en competicion*

Certificat établi à ..... Date ..... / ..... / .....  
*Certificate established in / Certificado realizado en Date / El*

Signature du Médecin  
*Signature of the doctor / Firma*

Tampon du Médecin  
*Stamp of the doctor / Sello*