

**CERTIFICAT MEDICAL TYPE DE NON CONTRE-INDICATION A  
LA PRATIQUE DU SPORT**

*(Medical Non-Contra-Indication Certificate for the Practise of Sport)*

**Je soussigné .....**

**(Docteur en médecine), certifie avoir examiné M/Mme .**

**.....Né(e) le.....**

*I, the undersigned (SURNAME, Firstname) Doctor in Medicine,  
certify to have examined Mr/Mrs (SURNAME, Firstname, D.O.B)*

**Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique  
décelable contre-indiquant la pratique de la course à VTT en  
compétition ni à la pratique et à l'encadrement de travaille  
guide VTT professionnel.**

**Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la  
demande de l'intéressé.**

*And have attested to, this day, the absence of any detectable  
clinical signs to contra-indicate the practise of mountain biking in  
competition nor to the practise, training and working as a  
professional MTB guide.*

*Certificate is to serve and to assert this right at the request of the  
person concerned.*

**le ..... A .....**

*(Date)*

*(Town / Place where Signed)*

Signature et cachet du médecin

*(Signature and Stamp of Doctor's Practise)*