



ATTESTATION

Compétition de descente VTT – 25 mai 2025

Je soussigné,

Nom :

Prénom : _____

Adresse personnelle : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Téléphone : _____ e-mail : _____

certifie avoir répondu par non à toutes les questions du questionnaire médical ou avoir fourni un certificat médical de moins de 6 mois de non contre-indication à la pratique du VTT en compétition.

Fait le _____ à

Signature (précédé de la mention « lu et approuvé ») :