



CERTIFICAT MÉDICAL / **RAID DE L'UB 2024**

Samedi 4 mai 2024

À :

Date :/...../.....

Certificat médical pour :

.....

Je soussigné(e),

Docteur, certifie, après examen, que Mr/Mme/Mlle
n'a, à ce jour, aucune contre-indication à la pratique en compétition des sports suivants : Bike and run,
Course d'orientation, Trail et VTT.

Établit le/...../2024, à la demande du patient, remis en main propre pour faire valoir de ce droit.

Signature et cachet du médecin :



03.80.39.90.15



raidelub@gmail.com
www.raidelub.com



UFR STAPS Dijon Le Creusot
ASUB STAPS / RAID DE L'UB
3 allée des Stades Universitaires
BP 27877 - 21078 DIJON CEDEX