



## 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