

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), docteur..... certifie avoir
examiné ce jour :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Il n'a pas été mis en évidence de contre-indication médicale à :

La pratique du cyclisme en compétition

Certificat remis en main propre à l'intéressé(e)

Fait le..... à.....

CACHET DU MEDECIN

SIGNATURE DU MEDECIN