

## CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_, Docteur en médecine,

certifie que l'examen de M/Mme \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

ne révèle pas de contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition.

Certificat établi à : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Signature du Médecin : \_\_\_\_\_

Tampon du médecin :

