

CERTIFICAT MEDICAL

Cyclisme en compétition

Je soussigné(e) Docteur :

Certifie que l'examen de M / Mme / Mlle :

né(e) le : / /

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

Certificat médical établi à la demande de l'intéressé et remis en main propre

Fait à le / /

Cachet et signature du médecin