

# CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné(e) Docteur \_\_\_\_\_,

Docteur en médecine, certifie avoir examiné


Mme/Mr \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Et n'avoir pas constaté de signes cliniques apparents contre indiquant la pratique du cyclisme en compétition.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Cachet du médecin



Signature du médecin

