

# CERTIFICAT MÉDICAL

de non contre-indication à la pratique du cyclisme ultra-distance

## *MEDICAL CERTIFICATE*

*of ultra distance cycling non contra indication*

Je soussigné, Docteur .....

*I, the signing medical doctor*

Certifie que Mr, Mme, Mlle .....

*Certify that Mr, Mrs, Miss*

Né(e) le.....

*Born*

**Ne présente pas de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du cyclisme ultra distance (après examen médical à la date de ce jour)**

***Has undergone a medical examination and does not present any indication against the practise of ultra distance cycling.***

Fait à Le.....

(non valide si daté de plus d'un an au jour de la course)

*Place Date.....*

*(not valid if older than 1 year at race day)*

Signature et cachet

*Signature and stamp*