



CERTIFICAT MÉDICAL

Nom :

Prénom :

Sexe : Féminin Masculin

Date de naissance :

Adresse :

.....

Code Postal :

Ville :

Pays :

Je soussigné(e) Docteur :

certifie avoir examiné Mr, Mme, Melle

et n'avoir pas constaté à ce jour de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique et l'entraînement du cyclisme en compétition.

Fait à, le

	Cachet et signature du médecin.

