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'entrainement du cyclisme en compétition.

Fait à ....., le .....

Cachet et signature du médecin.