



CERTIFICAT MEDICAL



Je soussigné Dr : _____ Docteur en médecine,

Certifie que l'examen de M/Mme : _____

Date de naissance : _____

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique du cyclisme en loisir ou en compétition.

Certificat établi à : _____

Date : _____ Signature du Médecin : _____

Tampon du médecin :