



CERTIFICAT MÉDICAL CYCLISTE

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

.....

Code Postal :

Ville :

Pays :

Merci de nous renvoyer ce certificat daté et signé par votre médecin :

Je soussigné(e) Docteur :

Certifie avoir examiné :

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

Fait à, le

Cachet et signature du médecin :