

CERTIFICAT MÉDICAL CYCLOSPORTIVES

Nom :

Prénom :

Sexe : Masculin Féminin

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.