

CERTIFICAT MÉDICAL

de non contre-indication à la pratique du CYCLISME EN COMPETITION

A remplir par le coureur :

Nom :

Prénom :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : / /

Adresse :

.....

Code Postal : | _____ |

Ville :

Pays:

A remplir par le médecin :

Je soussigné

Docteur en médecine, atteste que l'examen médical pratiqué ce jour chez

M. Mme

n'a pas mis en évidence de contre-indication cliniquement apparente à la pratique du cyclisme en compétition.

Fait à, le

Cachet et signature du médecin