

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné(e) Docteur ,

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Mme / M _____

Né(e) le __ / __ / ____

Et n'avoir pas constaté de signes cliniques apparents contre indiquant la pratique du cyclisme en compétition.

Fait à _____ , le __ / __ / ____

Cachet du médecin

Signature du médecin