

## 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

### ***Translation***

*I, the undersigned doctor, have examined [NAME], born on [DATE], and they have no apparent clinical signs preventing them from participating in cycling at competition level.*

*Signed at [LOCATION] on [DATE]*

*Stamp from GP's clinic*

*Signature of doctor*