



## Certificat Médical

Je soussigné(e), Docteur ..... certifie avoir examiné ce jour

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

et certifie que son état de santé ne contre indique pas

la pratique du cyclisme

y compris en compétition

Fait le ..... à .....

Signature et cachet du médecin