

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné D. _____, Docteur en médecine, certifie que
l'examen de M/Mme _____, né(e) le _____ ne révèle
pas de contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition.

Certificat établi à : _____ le : _____

Signature et cachet du médecin obligatoire