

## 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