



## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr .....

Docteur en médecine, certifie que l'examen de

Mr/Mme.....

Né(e) le .....

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique du **cyclisme en compétition.**

Certificat établi à : .....

Fait le : .....

Cachet et Signature du médecin :