



## CERTIFICAT MEDICAL

Cachet du Médecin

Je soussigné(e) ..... docteur en médecine, inscrit à l'ordre des  
médecins sous le numéro .....  
certifie avoir examiné Mr, Mme, Mlle.....  
né(e) le.....Il (elle) ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable  
ce jour pour la pratique du cyclisme, y compris en compétition.

Fait à ....., le .....

Signature :