

**CERTIFICAT MEDICAL
de non contre indication
à la pratique du
CYCLISME EN COMPETITION**

A remplir par l'intéressé

CLUB : _____

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____ CODE POSTAL :

--	--	--	--	--

NE(E) LE :

--	--	--	--	--	--	--	--

A remplir par le médecin

Je soussigné, _____ Docteur en médecine, atteste que l'examen
médical pratiqué ce jour chez M. ; Mme ; Mlle** _____

n'a pas mis en évidence de contre indication à la pratique du cyclisme en compétition.

Signature du Médecin et cachet

--

Fait à

Le,