



CERTIFICAT MÉDICAL

MEDICAL CERTIFICATE

de non contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition

no contraindication to the practice of cycling in competition

Je soussigné(e) docteur _____
I, the undersigned doctor

Certifie que Mr, Mme, Mlle _____
Certifies that Mr, Mrs, Miss

Né(é) à le : _____
Born

Ne présente pas de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du cyclisme en compétition
(après examen médical à la date de ce jour).

Has no apparent clinical signs contraindicating the practice of cycling in competition (after medical
examination to date).

Fait à _____
Place

le (Non valide si daté de plus d'un an au jour de la course) _____
Date (Not valid if older than 1 year at race day)

Signature et cachet
Signature and stamp