

CERTIFICAT MEDICAL

DE NON CONTRE-INDICATION A  
LA PRATIQUE DU CYCLISME  
EN COMPETITION

Je soussigné Docteur.....

Certifie avoir examiné.....

Né(e) le.....

Et n'avoir pas constaté,  
À ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant  
la pratique du cyclisme,  
Y COMPRIS EN COMPETITION.

A.....

Le.....

Cachet