



CERTIFICAT MÉDICAL

CYCLOTOURISME Pratique régulière du vélo

Je soussigné(e)

Docteur _____

Certifie que l'examen de
M / Mme / Mlle _____

Né(e) le ____/____/____

Ne révèle pas de signe clinique apparent de contre-indication à la pratique
du cyclotourisme

Certificat médical établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main
propre.

Fait à _____ le ____/____/____

Cachet et signature