



## 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**