



CERTIFICAT MEDICAL (valable 5 ans, sous réserve questionnaire QS-Sport)

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 établi à la demande de l'intéressé et remis en main propre.

Fait à.....le...../...../.....

Cachet et signature