



CERTIFICAT MEDICAL (Valable 3 ans, sous réserve Questionnaire QS-Sport)

Cyclisme en compétition

Pratique sportive & cyclosportive

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 cyclisme en compétition.

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

Fait à.....le...../...../.....

Cachet et signature