



CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine, certifie que l'examen de
M/Mme _____,

Date de naissance : _____ Age : _____,

Ne révèle pas de contre indication à la pratique de la course à vélo en compétition.

Certificat établi à :

Date :

Signature du médecin :

Tampon du médecin :