



## 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 :