Union Cycliste
Ambert Auvergne

CERTIFICAT MEDICAL 2027

Je soussigné(e) ……docteur en médecine, inscrit à l'ordre Médecins sous le numéro …… certifie avoir examiné M ou Mme…….. né(e) le …… et atteste qu'il/elle ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable ce jour à la pratique du cyclisme, y compris en compétition.

Cachet du médecin

Fait à …… le ……/……/……

Signature du médecin :