



CERTIFICAT MEDICAL 2024

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 :