



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 :