

Certificat Médical de non contre-indication à la pratique du cyclisme de compétition

2017

Je, soussigné, docteur

Certifie que Mme / M -----

Né(e) le __ / __ / -----

ne présente pas de contre-indication médicale apparente à la pratique du cyclisme en compétition, dans la limite des examens réalisés.

Date, cachet et signature du médecin : A..... le

Signature