



CERTIFICAT MÉDICAL de non contre-indication à la pratique du CYCLISME EN COMPETITION

A remplir par le coureur :

Prénom Nom : _____

Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Pays : _____

A remplir par le médecin :

Je soussigné(e) _____

Certifie que M/Mme : _____

Ne présente aucune contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition

Fait le ____ / ____ / ____

A _____

Cachet et signature du médecin