

CERTIFICAT MÉDICAL CYCLOSPORTIVES

Nom :

Prénom :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : / /

Adresse :

Code Postal : | _____ |

Ville :

Pays :

Merci de nous renvoyer ce certificat daté et signé par votre médecin :

Je soussigné(e) Docteur :

Certifie avoir examiné Mr, Mme, Melle :

Et n'avoir pas constaté à ce jour de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique et l'entraînement du cyclisme en compétition.

Fait à, le

cachet et signature du médecin.

MEDICAL CERTIFICATE
Competition Cycling

I, the undersigned Doctor :

Certify that I have examined Mr / Mrs :

Date of Birth : / /

and that he/she reveals no medical indication against the practice of competing in cycle races.

Medical certificate established at the request of the person concerned and given in hand

Place date / /

Stamp (or professional number) and
Signature of the physician