

# CERTIFICAT MÉDICAL CYCLOSPORTIVES

2018

NOM : .....

PRÉNOM : .....

SEXE : MASCULIN / FEMININ (rayer la mention inutile)

DATE DE NAISSANCE : .....

PAYS : .....

Je soussigné(e), Docteur .....

certifie que M./Mme .....

est apte à pratiquer le cyclisme en compétition.

**DATE (OBLIGATOIRE) :** .....

*Cachet et signature du médecin sont **obligatoires***