

# CERTIFICAT MÉDICAL CYCLOSPORTIVE

2025

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 DE L'EXAMEN MEDICAL (OBLIGATOIRE) :** .....

*Cachet du médecin (numéro d'identification du  
médecin et adresse de son cabinet) **obligatoire***

*Signature du médecin **obligatoire***