

CERTIFICAT MÉDICAL CYCLOSPORTIVE

2027

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***