

Certificat Médical

Je, soussigné Docteur

Docteur en médecine, certifie que : Mr, Mme

Né(e) le Age :

Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique de la course à pied et du cyclisme en compétition.

A :

Le :

Signature du médecin :

Tampon du médecin :