

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr _____, Docteur en médecine,

certifie que l'examen de M/Mme _____


date de naissance : _____ Age : _____

ne révèle pas de contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition.

Certificat établi à : _____

Date: _____ Signature du Médecin :

Tampon du médecin :



MEDICAL CERTIFICATE

I the undersigned, Dr _____, Doctor of Medicine,

Certify that the examination of Mr/Ms _____

Date of birth: _____ Age: _____

reveals no contraindications for participating in cycling competitions.

Medical certificate issued in (place): _____

Date: _____ Doctors sign:

Doctors Stamp:

