

2025 CERTIFICAT DE SANTÉ POUR LES ACTIVITÉS SPORTIVES DE COMPÉTITION

Je soussigné, Médecin _____ certifie avoir examiné Mr. /M.me

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse de résidence _____

Ville _____

Pays _____

et l'ont jugé apte à participer à des épreuves cyclistes de longue distance.

Le sujet, d'après les examens cliniques effectués, ne présente aucune contre-indication liée à l'activité sportive cycliste de compétition.

Ce certificat est valable un an à compter de ce jour.

Lieu: _____

Date: _____

Signature du médecin

Cachet du médecin