Certificat Médical de non contre indication à la pratique du cyclisme en competition

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

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse de residence _____

Ville _____

Pays _____

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

Son état de santé ne présente aucune contre indication à la pratique en competition du cyclisme

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

Lieu: _____

Date: _____

Signature du médecin *Cachet du médecin*

_____ _____

Article L 231-3 du code du sport: ce certificat médical est valable 1 an, sa photocopie peut etre fournie pour la partecipation aux preuves sportives