



CERTIFICAT MÉDICAL 2023

JE SOUSSIGNE (E)..... DOCTEUR EN MEDECINE,

CERTIFIE AVOIR EXAMINÉ AUJOURD'HUI M. /MME.....

DATE DE NAISSANCE

CERTIFIE QU'IL/ELLE NE PRÉSENTE PAS DE CONTRE-INDICATION MÉDICALE

CLINIQUEMENT DÉCELABLE CE JOUR À LA PRATIQUE DU CYCLISME;

REMARQUES OU RESTRICTIONS ÉVENTUELLES :

Le présent certificat a été établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en mains propres.

FAIT À :

DATE :

Signature et cachet du professionnel