



## CERTIFICAT MÉDICAL 2024

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**