

CERTIFICAT MÉDICAL CYCLOSPORTIVES

2017

NOM :

PRÉNOM :

SEXE : MASCULIN / FEMININ (rayer la mention inutile)

DATE DE NAISSANCE :

PAYS :

Je soussigné(e), Docteur

certifie que M./Mme

est apte à pratiquer le cyclisme en compétition.

DATE (OBLIGATOIRE) :

*Cachet et signature du médecin sont **obligatoires***