

CERTIFICAT MEDICAL

MEDICAL CERTIFICATE

Je, soussigné Dr..... Docteur en médecine,
I, the undersigned Dr MD,

certifie que l'examen de M/Mme.....
certify that the examination of Mr / Mrs

Date de naissance : Age :
Date of birth: Age:

ne révèle pas de contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition.
reveals no contraindications to the practice of cycling competition.

Certificat établi à : _____
Certificate issued in:

Date: _____ Signature du Médecin : _____
Date: Signature of Physician:

Tampon du médecin :
Doctor buffer:

<p>Tampon du médecin : <i>Doctor buffer:</i></p>
--