

Nom de la course :

CERTIFICAT MEDICAL *(Medical Certificate)*

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine,
I, the undersigned Dr. M.D. (medical doctor),

Certifie que l'examen de M,Mlle,Mme _____
Certify that the examination of Mr., Miss, Ms.

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

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition.
Reveals no contra-indication to the practice of cycling in competition.

Certificat établi à : _____
Certified at :

Date: _____ Signature du médecin : _____
Date : Signature of physician :

Tampon du médecin :