

De non contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition

Certificat médical moins d'un an

A remplir par l'intéressé:

UDSP ou Unité: _____

Nom: _____

Prénom: _____

Né(e) le: ___/___/___

Lieu de naissance: _____

Adresse: _____

Code Postal: ___ -

Ville: _____

A remplir par le médecin:

Je soussigné Docteur _____ certifie avoir examiné ce jour

_____, et n'avoir constaté aucune contre-indication

médicale cliniquement décelable à la pratique du cyclisme en compétition.

Fait :.....Le.....

Signature du Médecin et cachet

Cachet du médecin