

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