FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLISME

Certificat Médical

Je soussigné(e), Docteur ..... certifie avoir examiné ce jour

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

et certifie que son état de santé ne contre indique pas

☐ la pratique du cyclisme

☐ y compris en compétition

Fait le ..... à .....

Signature et cachet du médecin