

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