

**CERTIFICAT MÉDICAL
DE NON CONTRE-INDICATION
À LA PRATIQUE D'UN SPORT**

Je soussigné(e),

Docteur

Certifie avoir examiné

Mme, Mlle, Mr

Né(e) le :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du ou des sport(s) suivant(s) en pratique de loisir et/ou en compétition :

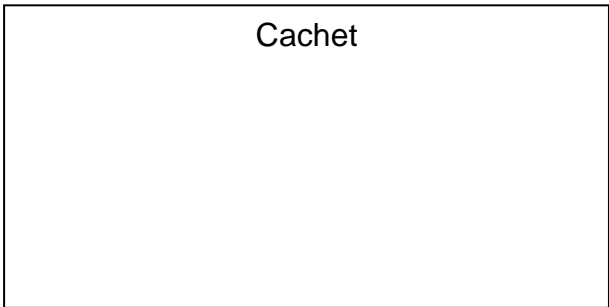
CYCLISME

Observations :
.....
.....
.....

A

Le

Signature



MEDICAL CERTIFICATE

I, the undersigned,

Doctor

Certify to have examined

Mrs, Ms, Mr

Birth date:

And have found no contraindication to the practice leisure and/or competitive cycling.

CYCLING

Observations :
.....
.....
.....

At

Date and signature

.....

