

CERTIFICAT
DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE DU CYCLISME.

Je soussigné(e),

Docteur

Certifie avoir examiné

Mr, Mme, Mlle

Né(e) le

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du cyclisme.

Observations :

.....
.....
.....

Fait à

Le

Signature

Cachet