

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine,

Certifie

que l'état de santé de M/Mme _____

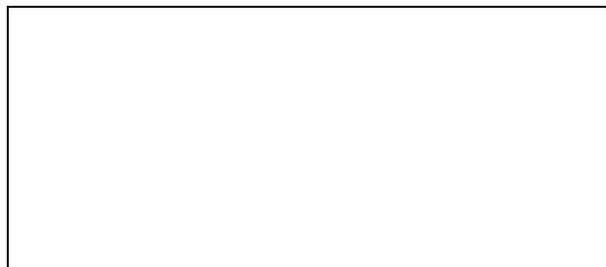
Date de naissance : _____ Age : _____

ne contre-indique pas actuellement cliniquement la pratique d'activités sportives type cyclisme, genre cyclotourisme ou cycloportif

Certificat fait à la demande de l'intéressé et remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit

Date : _____ Signature du médecin : _____

Tampon du médecin :



(1) **Cycloport** : à mi-chemin entre le cyclotourisme des randonneurs et la compétition cycliste

(2) **Cyclotourisme** : randonnées, activité cycliste accessible à tous, même sans entraînement cycliste très poussé.