

## CERTIFICAT MEDICAL 2019

Je soussigné(e) Docteur ....., Docteur en médecine,

certifie que l'examen de M / Mme / Mlle .....,

né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Age : .....

ne révèle pas de contre-indications à la pratique du vélo de route, y compris en compétition.

Certificat établi à : .....

Le : .....

Signature et tampon du médecin :