

# CERTIFICAT MEDICAL (Fr)

Je soussigné, Dr \_\_\_\_\_,

Docteur en médecine, certifie que l'examen de

M/Mme \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_

ne révèle pas de contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition.

Certificat établi à : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature du Médecin :

Tampon du médecin :

# MEDICAL CERTIFICATE (En)

I the undersigned, Dr \_\_\_\_\_,

Doctor of Medicine,

Certify that the examination of

Mr/Ms \_\_\_\_\_

Date of birth: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_

reveals no contraindications for participating in cycling competitions.

Medical certificate issued in (place): \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Doctors sign:

Doctors Stamp: