

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Sexe :

Profession :

Club d'affiliation : DENFERT CYCLO

Numéro licence FFCT :

--	--	--	--	--	--

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné (e), Dr..... certifie avoir examiné ce jour :

M. Mme. Mlle.....et

Qu'il (elle) ne présente pas de contre-indication : (cocher la pratique exercée).

A la pratique du cyclotourisme – sport – activité physique et sportive

A la pratique du cyclisme en compétition

A..... le.....

Signature et cachet du médecin : (Obligatoire avec ses coordonnées).

Document à présenter à un médecin du sport, votre médecin référant ou un autre médecin de votre choix pour la délivrance du certificat de non contre-indication et à conserver.