



CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA PRATIQUE DU CYCLISME DE LOISIR

A remplir par l'intéressé

COMITE REGIONAL : _____

CLUB : _____

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____ CODE POSTAL :

--	--	--	--	--

NE(E) LE :

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

A remplir par le médecin

Je soussigné, _____ Docteur en médecine, atteste que l'examen
médical pratiqué ce jour chez M. - Mme - Mlle* _____

n'a pas mis en évidence de contre indication à la pratique du cyclisme de loisir.

Signature du Médecin et cachet

Fait à

Le

* Rayer les mentions inutiles