

## 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: Docteur en médecine, atteste que l'examen médical pratiqué ce jour chez M Mme - MIle*  n'a pas mis en évidence de contre indication à la pratique du cyclisme de loisir.  Signature du Médecin et cachet	CLUB :
NOM: PRENOM: ADRESSE: CODE POSTAL: NE(E) LE: CODE POSTAL: 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	NOM : PRENOM : ADRESSE :
ADRESSE : CODE POSTAL : NE(E) LE : 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	ADRESSE :
VILLE : CODE POSTAL : NE(E) LE : 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	
VILLE : CODE POSTAL : NE(E) LE : 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	
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	VILLE:
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	CODE POSTAL :
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	NE(E) LE :
	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

<sup>\*</sup> Rayer les mentions inutiles