



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e)Docteur en médecine, certifie avoir examiné
ce jour M..... et n’avoir constaté aucune contre-
indication à la pratique et à l’enseignement des activités du cyclisme.

Fait à _____, le _____

Signature et cachet du médecin

P.S. : ce certificat devra dater **de moins d’un an** à la date limite d’inscription à la formation.