



DIPLÔME D'ÉTAT

DEJEPS

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'encadrement des activités du cyclisme à savoir :

CYCLISME TRADITIONNEL, VTT, BMX

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.