

**CERTIFICAT MEDICAL  
CYCLOTOURISME**

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Sexe :**  Masculin       Féminin

**Date de naissance :** ..... / ..... / .....

**Adresse :** .....

**Code Postal :** .....

**Ville :** .....

**Pays :** .....

Je soussigné(e) Docteur : .....

Certifie avoir examiné M., Mme, Mlle : .....

Et n’ avoir pas constaté à ce jour de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du Cyclotourisme.

**Fait à** ..... **Le** .....

**Cachet et signature du médecin**