

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Nom et prénom : .....

et n'avoir constaté aucun signe contre-indiquant la pratique d'activités physiques et sportives, et en particulier la pratique du cyclisme.

Fait à ..... le ..... 2012

CACHET OU NOM ET ADRESSE DU MEDECIN

## Renseignements complémentaires

Suivez-vous actuellement un traitement médical ?

NON       OUI : .....

Date de vos dernières vaccinations antitétaniques : .....

Groupe sanguin : .....

Autres renseignements médicaux utiles :