



## CERTIFICAT MEDICAL 2025

Je soussigné(e) .....docteur en médecine, inscrit à l'ordre  
Médecins sous le numéro ..... certifie avoir examiné M ou  
Mme..... né(e) le ..... et  
atteste qu'il/elle ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable ce jour à la  
pratique du cyclisme, y compris en compétition.

Cachet du médecin

Fait à ..... le ...../...../.....

*Signature du médecin :*

