Certificat médical (validité 1 an)

JE SOUSSIGNÉ(E) ....., DOCTEUR EN MÉDECINE

CERTIFIE QUE L'EXAMEN DE M/MME .....

DATE DE NAISSANCE ..... ÂGE .....

« NE RELÈVE PAS DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DE L'ULTRA-CYCLISME en COMPETITION ».

CERTIFICAT ÉTABLI À ..... LE .....

SIGNATURE ET TAMPON DU MÉDECIN :