

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné(e) Docteur ,

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Mme / M _____

Né(e) le __ / __ / ____

Et n'avoir pas constaté de signes cliniques apparents contre indiquant la pratique du cyclisme en compétition.

Fait à _____ , le __ / __ / ____

Cachet du médecin

Signature du médecin

Translation

I, the undersigned doctor, have examined [NAME], born on [DATE], and they have no apparent clinical signs preventing them from participating in cycling at competition level.

Signed at [LOCATION] on [DATE]

Stamp from GP's clinic

Signature of doctor