



## CERTIFICAT MEDICAL 2026

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 :*