



CERTIFICAT MÉDICAL

de non contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition
(Merci de remplir en lettres capitales)

Je soussigné, Docteur
(Nom, prénom)

Certifie que Mr, Mme, Mlle
(Nom, prénom)

Né(e) le / / À

Adresse

Code Postal Ville Pays

Ne présente pas de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du cyclisme en compétition et notamment la participation à la course Wish One Millau Grands Causses (après examen médical à la date de ce jour)

Fait à

Le (Non valide si daté de plus d'un an au jour de la course)

Signature et cachet

Merci de bien vouloir nous faire parvenir une copie de ce certificat par email à l'adresse contact@wishonecycles.com afin de valider votre inscription. Le certificat original devra être présenté au retrait des dossards à Millau.