



# 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](mailto:contact@wishonecycles.com) afin de valider votre inscription. Le certificat original devra être présenté au retrait des dossards à Millau.