



Certificat médical

CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION À LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussigné(e)..... Docteur en médecine,

Après avoir examiné ce jour

Mme ou M.

Né(e) le /...../...../...../

Certifie après examen que son état de santé actuel :

· Ne présente pas de contre-indication clinique à la pratique des activités physiques ou sportives, en particulier pour la ou les disciplines suivantes :

· En compétition et en loisir* : Vélo de route

Date :

Signature et Cachet