

# CERTIFICAT MEDICAL

---

Je soussigné, Dr ..... certifie avoir examiné ce jour  
M. Mme. Mlle. ....  
et qu'il ne présente aucune contre-indication à la pratique du Cyclotourisme.

**(Discipline excluant toute forme de compétition)**

Merci de préciser les allergies connues à ce jour :.....  
.....

A..... le.....

**Signature et cachet du médecin :**

***(Obligatoire avec ses coordonnées)***

*Document à présenter à un médecin du sport, votre médecin référant ou un autre médecin de votre choix pour la délivrance du certificat de non contre-indication et à conserver (copie au CTR).*