



LINSELLESCYCLISME



CERTIFICAT D'APTITUDE A LA PRATIQUE SPORTIVE DU CYCLOTOURISME EN CLUB

Je soussigné,

Cachet du médecin

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

NOM

Prénom

Né le / /

Et atteste, à ce jour, qu'il ne présente aucun signe clinique apparemment contre-indiquant la pratique de ce sport.

Fait à, Le / /

Signature Médecin.