

CYCLOSPORTIVE
« LA LUIS OCANA »

CERTIFICAT MEDICAL

**Pour la participation à la Cycloportive la
Luis Ocana.
(non licenciés(es) – licenciés(es) FFCT)**

NOM : _____

PRENOM : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____

CP : __/____

NE(E) LE /__/__/____/ **SEXE** M F

NATIONALITE : _____

Je soussigné, _____
Docteur en Médecine, atteste que l'examen
médical pratiqué ce jour chez Mr Mme Mlle*

n'a pas mis en évidence de contre indication à la
pratique du cyclisme de compétition.

Fait à

Le

Signature du Médecin
et cachet.

* Rayer les mentions inutiles.