



# Certificat médical (validité 1 an)

JE SOUSSIGNÉ(E) ....., DOCTEUR EN MÉDECINE

CERTIFIE QUE L'EXAMEN DE M/MME .....

DATE DE NAISSANCE ..... ÂGE .....

**« NE RELÈVE PAS DE CONTRE-INDICATION À LA  
PRATIQUE DE L'ULTRA-CYCLISME en COMPETITION ».**

CERTIFICAT ÉTABLI À ..... LE .....

**SIGNATURE ET TAMPON DU MÉDECIN :**