

MODÈLE DE CERTIFICAT MÉDICAL POUR LA FORMULE VÉLO RANDO

Je soussigné(e) Dr

certifie avoir examiné ce jour

M. (Mme)

et qu'il (qu'elle) ne présente actuellement aucune contre-indication cliniquement décelable à la pratique du cyclotourisme (1).

Fait à..... le

Signature et cachet du médecin

(1) Autres libellés acceptés : pratique du sport, pratique d'une activité physique et sportive