

Certificat Médical

Je, soussigné Docteur

Docteur en médecine, certifie que : Mr, Mme

Né(e) le Age :

Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du cyclisme et de la course à pied (Bike and Run) compétition.

A : Le :

Tampon du médecin :

Signature du médecin :