



Cachet du médecin

Lieu,

Date .....

**Certificat Médical de non contre indication à la pratique  
du cyclisme en competition**

Je soussigné Docteur .....

certifie avoir examiné ce jour

M/Mme .....

date de naissance .....

Son état de santé ne présente aucune contre indication à la pratique en competition - du cyclisme

**Signature du médecin:**

*Article L 231-3 du code du sport:*

*ce certificat médical est valable 1 an*

*sa photocopie peut être fournie pour la participation aux preuves sportives*



SSD PEDALE FELTRINO Srl Via Monte Lungo 21 32032 – FELTRE BL  
P.IVA 00742450257 Tel. 0439303735 – fax 0439300600  
[info@sportfuldolomitorace.it](mailto:info@sportfuldolomitorace.it) [www.sportfuldolomitorace.it](http://www.sportfuldolomitorace.it)

