

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné (e)

Docteur en Médecine,

Certifie avoir examiné ce jour,

Mme-M.

Et avoir constaté que l'intéressé(e) ne présente pas de **CONTRE INDICATION À L'ENCADREMENT ET À LA PRATIQUE DU VÉLO**

Fait à

Le.....

Signature et cachet obligatoire :