

# CERTIFICAT MEDICAL pour les non licenciés

de non contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition  
Métallurgik Trophée



**De moins d'un an précédant la date des compétitions**

## A remplir par l'intéressé

Société/Employeur .....

Nom .....

Prénom .....

Date de naissance ...../...../..... Lieu de naissance .....

Adresse .....

.....

Code postal ..... Ville .....

## A remplir par le médecin

Je soussigné(e) Docteur (Nom, prénom) ..... certifie avoir  
examine ce jour Madame, Monsieur\* (Nom, prénom) ..... et  
n'avoir constaté aucune contre-indication médicale cliniquement décelable à la pratique du  
cyclisme en compétition.

Fait à ..... Le ...../...../.....

Signature

Signature et cachet du médecin

A joindre à votre bulletin de participation

\*Rayer la mention inutile