



FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME

**CERTIFICAT MÉDICAL
DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PRATIQUE SPORTIVE**

Nom :

Prénom :

Club d'affiliation : ETOILE SPORT. DE HTE GOULAINÉ

N° de licence :

Je soussigné(e), Dr

certifie avoir examiné ce jour

M. Mme. Mlle

Et qu'il (elle) ne présente pas de contre-indication à la pratique du :

Cyclotourisme (licence vélo Rando)

A

Le

Signature et cachet du médecin :
(Obligatoire avec ses coordonnées)