

CERTIFICAT MEDICAL

ÄRZTLICHES ATTEST
MEDICAL CERTIFICATE

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine, certifie que l'examen
de M/Mme _____ ne révèle pas de contre-indication à la pratique du
cyclisme en compétition.

Ich, der unterzeichnende Arzt _____, Bestätige nach Untersuchung
von Herr/Frau _____, daß keine medizinischen Einwände gegen eine
Teilnahme an einem Radrennen bestehen.

I, the undersigned Dr _____, Doctor of Medicine, certify that the examination
of Mr/Ms _____ reveals no contraindications for participating in
cycling competitions.

Date de naissance : _____
Geburtsdatum
Date of birth

Certificat établi à : _____
Ort der Untersuchung
Medical certificate issued in (place)

Date : ____/____/____
Datum
Date

Signature du Médecin : _____
Arztunterschrift
Doctor's sign

Tampon du médecin :
Arztstempel
Doctor's Stamp

