

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 Herrn/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

Certificat remis en main propre à la demande du patient.

Zertifikat wird auf Wunsch des Patienten von Hand geliefert.

Certificate delivered by hand at the patient's request.