



# Association Cycliste Fléchoise (ACF)

## Certificat annuel de non-contre indication

### A la pratique du cyclisme sur route

Je soussigné,

Docteur .....

Certifie avoir examiné

Mme/Mlle/Mr .....

Né(e) le                    /        /

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du cyclisme à l'entraînement ou en compétition :

Observations :.....  
.....  
.....

A .....

Le .....

Signature du médecin :

Cachet :