

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.*