



**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU CYCLISME EN  
COMPÉTITION SUR UNE DISTANCE DE ... KMS SUR PLUSIEURS JOURS.**

Je soussigné(e), .....,  
Docteur en Médecine, certifie avoir examiné

Mr/Mme .....

Né(e) le .....

et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique  
du cyclisme en compétition sur un événement de plusieurs jours tel que la course  
d'ultra-distance Les Géants.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé(e) et remis  
en mains propres le .....

à .....

Signature et Cachet du Médecin