



## 2025 CERTIFICAT DE SANTÉ POUR LES ACTIVITÉS SPORTIVES DE COMPÉTITION

*Je soussigné, Médecin, certifie avoir examiné*

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse de residence \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_

*et l'ont jugé apte à participer à des épreuves cyclistes de longue distance.*

*Cela signifie que M./Mme \_\_\_\_\_ a subi un examen clinique approfondi, a un poids corporel de \_\_\_\_\_ kg, une tension artérielle de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, et un résultat électrocardiogramme d'effort normal.*

*Le sujet, d'après les examens cliniques effectués, ne présente aucune contre-indication liée à l'activité sportive cycliste de compétition.*

*Ce certificat est valable un an à compter de ce jour.*

Lieu: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

*Signature du médecin*

*Cachet du médecin*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_