

Ultra Cycling Challenge

BORDEAUX  
PARIS

# CERTIFICAT MÉDICAL

## MEDICAL CERTIFICATE

de non contre-indication à la pratique du cyclisme ultra-distance  
*of ultra distance cycling non contra indication*

Je soussigné, Docteur.....  
*I, the signing medical doctor*

Certifie que Mr, Mme, Mlle.....  
*Certify that Mr, Mrs, Miss*

Né(e) le.....  
*Born*

Ne présente pas de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du cyclisme ultra distance (après examen médical à la date de ce jour).

*Has undergone a medical examination and does not present any indication against the practise of ultra distance cycling (after medical examination to date).*

Fait à le (Non valide si daté de plus d'un an au jour de la course) .....  
*Place Date (Not valid if older than 1 year at race day)*

Signature et cachet  
*Signature and stamp*