

CERTIFICADO MEDICO

Ciclismo de competición

Yo, el abajo firmante Doctor/a :

Certifico que he examinado al Sr./Sra.:

Fecha de nacimiento : / /

y que no presenta contra indicación médica para poder realizar competencias de ciclismo.

Certificado médico establecido a petición del interesado y entregado en mano

Lugar fecha / /

Sello (o número profesional)
y Firma del Médico