

Certificat Médical / Médical Form

Nom/Naam/Name : Prénom/Voornaam/First Name:

Sexe (M/F) : Date de naissance/Geboortedatum/Date of birth :/...../.....

Adresse/Adres/Address :

Code Postal/Postcode/Zip Code : Ville/Woonplaats/City :

Pays/Land/Country : Tel : E-mail :

Merci de nous renvoyer ce certificat daté et signé par votre médecin.

Graag onderstaande verklaring aan ons zenden, voorzien van stempel en handtekening van uw arts.

Please send the following certificate stamped and signed by your doctor.

Je soussigné(e) Docteur :

Ondergetekende Dr :

I undersigned doctor :

certifie que Mr., Mme, Melle :

est apte à pratiquer des courses à pied.

verklaart de heer / mevrouw :

geschikt om de wielersport over lange afstand te beoefenen.

Certify having examined Mr., Mrs., Miss :

And find him capable of participating in competitive.

cachet et signature du médecin sont obligatoires

Datum - Handtekening - Stempel

Date, stamp and signature are obligatory.