

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON-CONTRE-INDICATION
À LA PRATIQUE ET À L'ENCADREMENT
DU MOTOCYCLISME
(DATÉ DE MOINS DE TROIS MOIS)

Je soussigné(e) ,
docteur en médecine, atteste avoir examiné :

M./Mme ,
Né(e) le

et avoir constaté à la date de ce jour, qu'il (qu'elle) ne présente aucune contre-indication
à la pratique et à l'encadrement du Motocyclisme.

Observations :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à

le

(Signature et cachet du médecin obligatoire)