

# Certificat Médical / Médical Form Véломédiane

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 cyclosporatives.

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.