



CERTIFICADO MEDICO

Por la presente, Doctor _____.

Certifico que el Examen médico del Señor / la Señora

Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____.

No presenta ninguna contraindicación médica para la práctica del ciclismo de competición.

Fecha: _____

Certificado emitido en: _____

(Ciudad - País)

Firma del Médico: _____

Sello del Médico: _____