

# MEDISCH ATTEST

2019

NAAM : .....

VOORNAAM : .....

GESLACHT : M / V

GEBOORTEDATUM : .....

LAND : .....

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

verklaart de heer / mevrouw.....

geschikt om de wielersport over lange afstand te beoefenen

**DATUM** : .....

Handtekening e Stempel :