

CERTIFICAT MÉDICAL CYCLOSPORTIVE

2023

NOM : *Blumenfeld*

PRÉNOM : *Thomas*

SEXЕ : MASCULIN / (rayer la mention inutile)

DATE DE NAISSANCE : *19 / 05 / 1981*

PAYS : *FRANCE*

Je soussigné(e), Docteur *Vincent COCKENPOT*
certifie que M./Mme *Blumenfeld Thomas* -
est apte à pratiquer le cyclisme en compétition.

DATE DE L'EXAMEN MEDICAL (OBLIGATOIRE) : *21.06.2023*

Docteur Vincent COCKENPOT
Anatomo-Cytopathologie
CENTRE LEON BERARD
28 rue Laennec - 69008 LYON
FINESS 69 000 0880
RPPS 10100825602

*Cachet du médecin (numéro d'identification du
médecin et adresse de son cabinet) obligatoire*

Docteur Vincent COCKENPOT
Anatomo-Cytopathologie
CENTRE LEON BERARD
28 rue Laennec - 69008 LYON
FINESS 69 000 0880
RPPS 10100825602

Signature du médecin obligatoire