



CERTIFICAT MEDICAL de non contre indication à la pratique du CYCLISME EN COMPETITION

**Dans le cadre de l'article 1.1.009 de la réglementation FFC
pris en application de l'article L3622-2 du code de la santé publique*

A remplir par l'intéressé

COMITE REGIONAL : _____

CLUB : _____

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____ CODE POSTAL :

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

NE(E) LE :

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

A remplir par le médecin

Je soussigné, _____ Docteur en médecine, atteste que l'examen
médical pratiqué ce jour chez M. ; Mme ; Mlle** _____
n'a pas mis en évidence de contre indication à la pratique du cyclisme en compétition.

| |
|---------------------------------------|
| <u>Signature du Médecin et cachet</u> |
|---------------------------------------|

Fait à

Le,

* La participation aux compétitions sportives organisées ou autorisées par les fédérations sportives est subordonnée à la présentation d'une licence sportive portant attestation de la délivrance d'un certificat médical mentionnant l'absence de contre-indication à la pratique sportive en compétition, ou pour les non-licenciés auxquels ces compétitions sont ouvertes, à la présentation de ce seul certificat ou de sa copie certifiée conforme, qui doit dater de moins d'un an.

** Rayer les mentions inutiles