

CERTIFICAT MÉDICAL

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.

Nom :

Prénom :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : / /

Adresse :

Code Postal : | _____ |

Ville :

Pays :

Merci de nous renvoyer ce certificat daté et signé par votre médecin :

Je soussigné(e) Docteur :

Certifie avoir examiné Mr, Mme, Melle :

Et n'avoir pas constaté à ce jour de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du cyclisme en compétition.

Fait à, le

<p>cachet et signature du médecin.</p>

*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.