



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.*

A remplir par le coureur :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : / /

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

Adresse : _____

Ville : . _____ Code Postal : _____

Pays: _____

A remplir par le médecin :

Je soussigné(e) _____

Docteur en médecine, atteste que l'examen médical pratiqué ce jour

chez M. ☐ Mme ☐ (Nom, Prénom) _____

n'a pas mis en évidence de contre-indication cliniquement apparente à la pratique du cyclisme en compétition.

Fait à : _____

le _____

Cachet et signature du médecin

* 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.