

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 :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : / /

Adresse :

.....

Code Postal : I _____ |

Ville :

Pays:

A remplir par le médecin :

Je soussigné

Docteur en médecine, atteste que l'examen médical pratiqué ce jour chez
M. Mme

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.