

# **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 : | ..... |

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.