CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A 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

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 Mr / Mme……..,

ne présente pas ce jour de contre-indication apparente à la **pratique du cyclisme en compétition.**

Signature du Médecin et cachet

Fait à :

Date :

*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.