



## CERTIFICAT MEDICAL 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*

COMITE REGIONAL :

CLUB :

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

VILLE :

CODE POSTAL :

NE(E) LE :

### A remplir par le médecin

Je soussigné, \_\_\_\_\_ Docteur en médecine, atteste que l'examen  
médical pratiqué ce jour chez M. ; Mme ; Mlle\*\* \_\_\_\_\_

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

Signature du Médecin et cachet

Fait à .....

Le, .....

\* 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.

\*\* Rayer les mentions inutiles