

**FÉDÉRATION
FRANÇAISE
DE CYCLISME**



**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 : **FFC - AUVERGNE-RHONE-ALPES**

CLUB : **4143156 - UNION CYCLISTE LE PUY EN VELAY**

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