



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 2005
pris en application de l'article L3622-2 du code de la santé publique*

A remplir par l'intéressé

N°de facture Internet : _____

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,.....

IMPORTANT

Votre licence ne sera validée qu'à réception par le comité régional (adresse sur l'accusé de réception) de votre certificat médical. Vous disposez d'un délai de 15 jours pour transmettre ce document, à l'issu de ce délai, votre demande ne pourra plus être prise en compte.

* 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