

FÉDÉRATION
FRANÇAISE

DE CYCLISME



CERTIFICAT MEDICAL de non contre indication à la pratique du CYCLISME EN COMPÉTITION

**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 : 51 - OCCITANIE

CLUB : 5134001 – VÉLO-VTT CLUB ST-MATHIEU 34

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