

CERTIFICAT MÉDICAL 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*

Licences concernées : 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} catégorie, Junior, Pass'Open, PC, Cyclo sportive, Urbain, Prélencé, Poussin, Pupille, Benjamin, Minime, Cadet

À remplir par l'intéressé

COMITÉ RÉGIONAL CENTRE VAL DE LOIRE											
CLUB :	_____										
NOM :	_____										
PRÉNOM :	_____										
ADRESSE :	_____										

VILLE :	_____										
CODE POSTAL :	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
NÉ(E) LE :	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										

À 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.

<u>Signature du Médecin et cachet</u>

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