

# 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<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> catégorie, Junior, Pass'Open, PC, Cyclosportive, Nature, Urbain, Baby Vélo, Prél licencié, Poussin, Pupille, Benjamin, Minime, Cadet, Licence accueil jeune.*

À remplir par l'intéressé

<b>COMITÉ RÉGIONAL CENTRE VAL DE LOIRE</b>											
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