5 rue de Rome
93 561 Rosny-sous-Bois

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 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