CERTIFICAT MÉDICAL
de non contre-indication à la pratique du CYCLISME EN COMPETITION

** Dans le cadre de l'article 1.1.009 de la règlementation FFC pris en application de l'article L3622-2 du code de la santé publique.*

A remplir par le coureur :

Nom : .....
Prénom : .....
Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐
Date de naissance : ..... /..... / .....
Adresse :
.....
Code Postal : I_____I
Ville : .....
Pays: .....

A remplir par le médecin :

Je soussigné .....

Docteur en médecine, atteste que l'examen médical pratiqué ce jour chez
M.☐ Mme ☐ .....né(e) le .....

☐ Un ECG a été réalisé et n'a pas mis en évidence de contre-indication cliniquement apparente à la pratique du cyclisme en compétition
☐ y compris en ultra-distance.

Fait à ..... , le .....

Certificat remis en main propre à l'intéressé.

Cachet et signature du médecin

* 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.