



**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  
pris en application de l'article L3622-2 du code de la santé publique*

A remplir par l'intéressé

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,.....

\_\_\_\_\_

\* 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