



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

A remplir par l'intéressé

COMITE REGIONAL : 53 Provence-Alpes-Côte d'Azur

CLUB : 5304248 Team Greoux Bike

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.

<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