



CERTIFICADO MÉDICO de no contraindicación a la práctica del CICLISMO DE COMPETICIÓN

* En el marco del artículo 1.1.009 de la reglamentación FFC adoptada en virtud del artículo L3622-2 del código de salud pública.

A rellenar por el corredor

Apellido :

Nombre :

Sexo : Masculino Femenino

Fecha de nacimiento : / /

Dirección :

Código Postal : | _____ |

Ciudad:

País :

A rellenar por el médico

Por el presente firmo

Doctor en medicina, atestigua que el reconocimiento médico realizado hasta la fecha a Sr. Sra.

No ha relevado ninguna contraindicación clínicamente aparente para la práctica del ciclismo en competición.

Hecho en, el

Sello y firma del médico

* La participación a las competiciones deportivas organizadas o autorizadas por las federaciones deportivas está sujeta a la presentación de una licencia deportiva que acredite la expedición de un certificado médico en el que conste que no existen contraindicaciones para la práctica deportiva en competición, o en el caso de los deportistas sin licencia que sean elegibles para estas competiciones, la presentación de este certificado por sí solo o de una copia compulsada, que deberá tener menos de un año de antigüedad.