



www.cfcsp.fr



CERTIFICAT MEDICAL POUR LES NON LICENCIES **De non contre indication à la pratique du cyclisme en compétition**

Certificat médical moins d'un an précédant la date des compétitions

Engagement aux championnats régional cyclisme des Sapeurs-pompiers

L'épreuve suivante:

- * **Championnat régional cyclisme sur route. Samedi 21 avril 2018.**

A remplir par l'intéressé :

SDIS – UDSP : _____

Nom : _____ **Prénom :** _____

Né (e) le : _____ **Lieu de naissance :** _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ **Ville :** _____

A remplir par le médecin :

Je soussigné Docteur _____ **certifie avoir examiné ce jour**

M. ; Mme. ; Mlle _____ **et n'avoir constaté**

Aucune contre-indication médicale cliniquement décelable à la pratique du cyclisme en compétition.

Fait à : **Le,**

Signature du Médecin et cachet :