

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION**

Je, soussigné(e) Docteur ....., certifie avoir examiné ce jour

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... sexe F  M

et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique sportive

de compétition

de loisirs

pour le(s) activité(s) suivante(s) **Sports individuels – Risques 5**

***Cocher toutes les activités pratiquées***

- 26010-Duathlon–triathlon–bike and run
- 26011-Cyclo - Bicross
- 26012-Cyclo - Cyclospor
- 26013-Cyclo - Cyclotourisme
- 26014-Cyclo - VTT en compétition
- 26015-Cyclo - Vélo-trial -Bike trial
- 26022-Epreuves combinées (avec activités cyclistes ou VTT) raid multi-activités
- 29046-Cyclo - VTT randonnées (pratique ne donnant pas lieu à la délivrance d'une carte compétiteur VTT, à une activité chronométrée ou à un classement)

**Nombre de cases cochées :** .....

remarques restrictives éventuelles

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

J'estime nécessaire une consultation spécialisée en médecine du sport  oui  non

Date de l'examen ...../...../.....

Signature :

**Cachet professionnel**