

Je soussigné , Docteur..... certifie avoir examiné ce jour.

NOM : **Prénom** :

Date de Naissance : **Sexe** :masculinFéminin

Et n'avoir constaté **AUCUNE CONTRE-INDICATION** a la pratique sportive :

AVIS du Médecin :

/.../ de compétition

/.../ pour les activités suivantes :

.....CycloSPORT.....

.....Cyclo-cross.....

VTT

estime nécessaire une consultation Spécialisée en médecine du Sport :.....

oui

pour un bilan complémentaire

non

pour des conseils et un suivi spécialisé

DATE de l'examen :.....

Tampon du médecin

- N.B**
- 1) le certificat est obligatoire pour la délivrance de la licence
 - 2) TOUT Médecin Généraliste est habilité a la rédaction de ce certificat
-cocher TOUTES les CASES concernées (ou les remplir)
-les cases laissées en blanc sont considérées comme négatives, mais il est préférable de les barrer d'un trait unique.
 - 3) l'UFOLEP est une fédération MULTISORTS et la licence ouvre à toutes les activités d'ou la nécessité de préciser les éventuelles contre-indications a certaines pratiques
 - 4) Le responsable du club (ou département) doit conservé ce certificat UN AN(une saison sportive)
 - 5) Le DOUBLE SURCLASSEMENT doit rester exceptionnel et nécessite un examen spécialisé, ainsi que l'avis ou l'examen du Médecin Départemental UFOLEP