CERTIFICAT MÉDICAL

De non-contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition

Je soussigné(e), Dr. ……

Titulaire d'un diplôme de médecine et de chirurgie générale, spécialiste en …… ……. Et portant le numéro d'inscription à l'Ordre des médecins …….

Certifie avoir examiné ce jour M./Mme :

Prénom : …… Nom : ……

Document d'identité (CNI/NIE/Passeport) :
……

Date de naissance : …… / …… / …….

Après examen médical et réalisation et évaluation des examens complémentaire appropriés, **ne présente aucune maladie infectieuse ou contagieuse, ni aucune pathologie psychophysique ou cardiaque** susceptible de l'empêcher de pratiquer le cyclisme en compétition, et est donc APTE à cette pratique.

Date de délivrance du certificat : ……. / ……. / ……. (Pour la CREAND TITAN MOUNTAIN ANDORRA 2027: du 25/06/2027 au 27/06/2027)

Signature et cachet du médecin :

Valable uniquement pendant 1 an. La date de délivrance du certificat ne peut pas être antérieur au 27 juin 2026.

Afin de garantir le traitement correct de tous les certificats envoyés depuis différent pays, l'utilisation de ce formulaire est obligatoire, **aucun autre formulaire ne sera accepté**.

Ce certificat médical doit être rempli, daté et signé par le médecin, qui y appose son cachet et précise son numéro d'inscription à l'ordre des médecins.

Ce certificat médical doit être rempli sur le profil du participant avant la clôture des inscriptions. En cas contraire, l'inscription sera annulée sans remboursement.

Personne ne pourra participer à la course sans avoir présenté le certificat médical.