

**Responsable Licences VTT:**

CATRY François

8 Rue de la Source

39100 SAMPANS

☎ 06-30-53-41-46



Le montant de l'inscription comprend la licence FFC et la cotisation du club jusqu'au 31 décembre 2025. Une réduction de 10€ est accordée à partir du deuxième licencié d'une même famille.

### Tarifs (Licence FFC et Cotisation Club)

Jeunesse	
U9 - U17	106 €
Sport (U19 et +)	
Epreuve de Masse	86 €
Loisir	86 €
Compétitions (U19 et +)	
Elite	239 €
Open	164 €
Access	104 €

### Catégories Jeunes

Années	Catégories
2018	U9
2017	U9
2016	U11
2015	U11
2014	U13
2013	U13
2012	U15
2011	U15
2010	U17
2009	U17
2008	U19
2007	U19

### HORAIRES DES ENTRAINEMENTS

**Samedi:** RDV à 13H45 au Mont-Roland et retour vers 16h30 - 17h00.

**Internet :** [www.vtt-acdtr.fr](http://www.vtt-acdtr.fr)

**Facebook :** ACDTR Section VTT

**Instagram :** acdtrvtt



### **BULLETIN D'INSCRIPTION SAISON 2024/2025**

Nom : ..... Prénom : ..... H / F

Type Licence : ..... Né(e) le : ..... Nationalité : .....

Adresse : .....

Tél. Licencié(e) : ..... Tél. en cas d'urgence : .....

Adresse Mail (Impératif pour recevoir la licence) :

Montant de l'inscription (chèque à l'ordre de l'ACDTR) :

Date : .....

Signature du responsable légal



FEDERATION FRANÇAISE DE CYCLISME  
DEMANDE DE LICENCE 2025

Réservé au comité régional  
Licence \_\_\_\_\_  
Uci Id \_\_\_\_\_  
NIP \_\_\_\_\_

Nouveau licencié  Renouvellement de licence

Club \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Nationalité \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_ Sexe  H  F

Si modifications (pour les renouvellements)

Adresse \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ *portable de préférence* Téléphone \_\_\_\_\_ *portable de préférence*  
Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
Courriel \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_  
Arbitre \_\_\_\_\_ Arbitre \_\_\_\_\_  
Chronométrateur  Fédéral  Régional Chronométrateur  Fédéral  Régional

**Licence** Toutes les informations sur les licences sont disponibles sur : [www.ffc.fr/licence2025](http://www.ffc.fr/licence2025)  
Pour toute pratique sportive (type Compétition, Sport ou Jeunesse), le questionnaire de santé doit être renseigné

Activité	Discipline	Type	Catégorie	Sous-catégorie
Principale				
Secondaire 1 (optionnel)				
Secondaire 2 (optionnel)				
Secondaire 3 (optionnel)				

**Informations**

**Communications :** Vous pouvez à tout moment gérer vos abonnements à la "Newsletter" et aux "Offres et Bons Plans" depuis votre Espace Licencié  
**Liste Rouge :** Si vous ne désirez pas que votre nom apparaisse sur nos sites, vous pouvez à tout moment vous ajouter à la liste rouge depuis votre Espace Licencié  
**SMR :** Les personnes soumises à la SMR recevront ultérieurement, de la part du service médical de la FFC, les informations et procédures pour réaliser le suivi réglementaire.

- Je reconnais avoir pris connaissance des engagements du licencié liés à la prise de licence figurant sur le site de la FFC [www.ffc.fr/engagement-licencie/](http://www.ffc.fr/engagement-licencie/) et m'engage à y souscrire.
- Je reconnais avoir pris connaissance des garanties d'assurance liées à la licence ainsi que des possibilités de garanties complémentaires offertes par l'assureur (informations figurant à la suite de ce document : Bulletin d'adhésion aux garanties complémentaires).
- Important :** l'assurance Individuelle Accident dont le coût est de 2€ à 6€ selon le type de licence (ce coût étant porté à la connaissance du demandeur par la Tarification officielle FFC2025. Mise à disposition par la FFC), n'est pas obligatoire. En cas de refus de souscription de cette garantie, cocher la case et adresser le présent document à votre club; le licencié soussigné demande expressément à ne pas bénéficier des garanties individuelles accidents (garanties de base et garanties complémentaires)  
La notice d'information concernant l'assistance des licenciés est consultable sur site Fédéral à l'adresse suivante : <https://www.ffc.fr/assurance/>

**Attestation - Questionnaire de santé**

J'atteste sur l'honneur être en possession du questionnaire de santé (QSM pour les mineurs, Module Santé pour les majeurs) qui m'a été remis par mon club, et/ou mis à disposition sur le site de la FFC/comité régional. J'atteste sur l'honneur avoir rempli toutes les rubriques, que les réponses apportées n'impliquent pas la nécessité de fournir un certificat médical et qu'elles relèvent de ma responsabilité exclusive.

Fait à, \_\_\_\_\_ Le, \_\_\_\_\_  
Signature : \_\_\_\_\_

**Autorisation parentale en cas de contrôle anti-dopage avec technique invasive**

Si le sportif contrôlé est un mineur ou un majeur protégé, tout prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment un prélèvement de sang, ne peut être effectué qu'au vu d'une autorisation écrite de la ou des personnes investies de l'autorité parentale ou du représentant légal de l'intéressé. Le modèle de ce document est disponible sur le site de la FFC.

Je reconnais avoir pris connaissance des modalités liées à l'autorisation parentale en cas de contrôle anti-dopage avec technique invasive

**Le demandeur**  
Signature du demandeur et du responsable légal si mineur

\_\_\_\_\_

**Le club**  
Le président soussigné, certifie que la présente demande a été signée par le demandeur lui-même (son identité ayant été vérifiée au préalable)

\_\_\_\_\_

Cachet du club et signature du Président

**Le comité régional**

\* Demande enregistrée le  
\_\_\_\_\_

(\* date contractuelle pour l'assurance correspondant au début de la couverture de l'assuré (à partir de 0 heure).

**Loi informatique et liberté :** Conformément à la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les informations recueillies dans le présent document sont nécessaires au traitement de votre adhésion. Ces renseignements sont destinés à la constitution d'un fichier informatisé. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification concernant les données vous concernant qui pourraient figurer dans tout fichier à usage de la Compagnie, ses mandataires, réassureurs, et organisations professionnelles, ainsi que ceux des intermédiaires.

*Ce document est à joindre à la demande de licence et à envoyer au club de votre choix.*  
**ATTENTION : AUCUNE DEMANDE DE LICENCE NE SERA TRAITEE SI LE PRESENT DOCUMENT N'Y EST PAS ANNEXE, COMPLETE ET SIGNE (ARTICLE L321-4 DU CODE DU SPORT)**

**Je soussigné(e),**

Nom / Prénom du Licencié .....

Homme  Femme - Nationalité : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal: | | | | | Ville : .....

① ..... E-mail : .....

Identité du représentant légal pour les mineurs : .....

**Signataire de la présente**

Je ne désire pas souscrire aux options complémentaires qui me sont proposées en plus de ma licence fédérale et qui octroient aux licenciés des garanties supérieures à la licence de base.

Pour rappel les garanties assistance rapatriement prévues par la licence sont acquises lors de la participation aux manifestations sportives organisées par la FFC, ses comités et clubs ou se déroulant sous l'égide de l'Union Cyclisme International (UCI). Par manifestation on entend les compétitions, les cyclosporives, les randonnées et les épreuves d'initiation cyclistes. Les titulaires d'une licence Sport – épreuves de masse ou loisir sont couverts pour les usages prévus au titre de leur licence.

Je désire souscrire aux options complémentaires ( Par internet Par voie postale ) :

Bronze : 25 € TTC\*

Argent : 35 € TTC \*

Or : 45 € TTC\*

\* dont 3€ au titre de l'extension assistance à l'entraînement

**Je peux souscrire l'option directement sur le site internet : <https://velo.ffc.fr/se-licencier/assurances/>  
 Dans ce cas, le paiement se fait en ligne par carte bancaire et je reçois directement par mail mon attestation.**

Le cas échéant, j'adresse le bulletin de souscription correspondant accompagné du règlement à WTW – Département Sports et Evènements – Tour Hekla – 52, avenue du Général de Gaulle – 92800 Puteaux Cedex.

**Il est rappelé que l'usage privé et de loisirs non sportifs est exclu des dites garanties, sauf si ces usages sont prévus et autorisés par la licence.** En sus des options ci-dessus j'ai la possibilité de demander à l'assureur fédéral l'étude de garanties spécifiques correspondant à ma situation personnelle.

Je certifie également avoir pris connaissance que je peux avoir intérêt à souscrire, à titre personnel et individuel et **auprès de l'assureur de mon choix**, des garanties complémentaires « d'Accident Corporel » ou « Garantie d'Accident de la Vie », ne comprenant pas d'exclusion des sports cyclistes tant en entraînement qu'en compétition.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance d'un exemplaire des notices d'informations, référencées « Notice d'informations RC IA licenciés FFC 2025 » et « Notice d'informations Assistance licenciés FFC 2025 », faisant partie intégrante du formulaire de licence, ainsi que du bulletin d'adhésion aux garanties complémentaires valant Conditions Particulières.

Fait à .....

Le .....

Signature du licencié ou de son représentant légal pour les mineurs

Nom du club :

Nom du Président :

Fait à ..... Le .....

Signature et cachet du club obligatoires

**LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES :** les informations recueillies dans le présent document sont nécessaires au traitement de votre adhésion. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/1978, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant qui figurerait dans tout fichier à usage de la compagnie, ses mandataires, réassureurs, et organismes professionnels ainsi que ceux des intermédiaires. Ce droit peut être exercé directement auprès de la direction générale de la FFC.

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION Club ACDTR - Section VTT



COUREUR ADULTE

OU

RESPONSABLE LEGAL :

Nom -Prénom :	
Adresse :	
Mail :	
Numéro en cas d'urgence :	

### AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT :

Je soussigné (Nom, Prénom, qualité) \_\_\_\_\_

En cas d'accident de (Nom, Prénom, qualité) \_\_\_\_\_

Lors de sa participation aux entraînements, aux compétitions et / ou aux stages de VTT, j'autorise les accompagnateurs responsables à faire donner des soins ou pratiquer toute intervention chirurgicale à mon enfant en cas de nécessité constatée par un médecin et à reprendre l'enfant à sa sortie en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur.

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature :

### DROIT A L'IMAGE :

Je soussigné(e) Monsieur, Madame \_\_\_\_\_

Autorise mon fils – ma fille \_\_\_\_\_

A apparaître sur le site internet officiel du club ACDTR VTT, ainsi que sur les documents du club ( trombinoscope du club, affiches, photos ...)

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature :

**REMARQUES EVENTUELLES CONCERNANT LE COUREUR (médicales, autres ...)**



La pratique du cyclisme est bonne pour la santé. Cependant il y a lieu pour chacun d'adapter sa pratique en fonction de ses pathologies, aptitudes et limitations potentielles. L'accompagnement médical est alors incontournable pour pratiquer sans risque – accompagnement réalisé par votre médecin traitant, un médecin spécialiste ou un médecin du sport.

Ce module santé a des objectifs d'éducation et de prévention :

- Un certificat médical n'est demandé qu'en cas de symptômes potentiellement évocateurs de pathologies cardiaques à risque de mort subite
- En cochant les différentes cases de ce module, vous vous engagez à avoir bien lu, bien compris et pris les dispositions nécessaires au regard des recommandations données.

## 1. LES SYMPTÔMES / QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

**VOUS DEVEZ PRÉSENTER UN CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU CYCLISME, OU À LA PRATIQUE DU CYCLISME EN COMPÉTITION SELON LE TYPE DE LICENCE SOLlicitÉ, SI, LORS DES DOUZE DERNIERS MOIS, VOUS AVEZ RESSENTI UN DES SYMPTÔMES SUIVANTS :**



- Douleur dans la poitrine à l'effort
  - Palpitations cardiaques (Perception inhabituelle de battements cardiaques irréguliers ou très rapide)
  - Malaise durant un effort
  - Perte de connaissance brutale
  - Essoufflement intense anormal et inhabituel à l'effort
- Oui, j'ai pu ressentir un ou plusieurs de ces symptômes**
- ▶ Je dois alors consulter et fournir un certificat d'absence de contre-indication à la pratique du cyclisme (ou à la pratique du cyclisme en compétition le cas échéant) précisant obligatoirement la réalisation d'un électrocardiogramme (ECG) – selon le modèle FFC
- Non, je n'ai ressenti aucun de ces symptômes. En cochant cette case, j'atteste sur l'honneur :**
- ▶ Comprendre que ces symptômes sont associés à un risque cardiologique élevé lors de la pratique du cyclisme
  - ▶ M'engager à stopper l'activité sportive intensive et à consulter d'urgence en cas d'apparition de ces symptômes.

## 2. ANTÉCÉDENTS ET PROBLÉMATIQUES MÉDICALES : RECOMMANDATIONS FÉDÉRALES

### 2.1 | LES FACTEURS DE RISQUE ET PATHOLOGIES

**IL EST NÉCESSAIRE DE CONSULTER UN MÉDECIN SUR UNE CONTRE-INDICATION ÉVENTUELLE, SUR UN BILAN PRÉALABLE À LA PRATIQUE DU CYCLISME INTENSIVE OU EN COMPÉTITION, OU SUR UNE ADAPTATION À LA PRATIQUE SI VOUS ÊTES DANS UNE DES SITUATIONS SUIVANTES :**



- Un membre de votre famille (parents, frère, sœur, enfants) est décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée
  - Un membre de votre famille (parents, frère, sœur) a présenté une maladie cardiaque avant 35 ans
  - Vous n'avez jamais réalisé d'électrocardiogramme (ECG)  
*Pour la pratique du sport en compétition, la société française de cardiologie recommande un ECG tous 3 ans jusqu'à 20 ans et tous les 5 ans de 20 à 35 ans*
  - Vous avez repris une activité physique intensive sans réaliser un bilan médical pour évaluer votre risque cardiovasculaire après 35 ans (si vous êtes un homme) ou 45 ans (si vous êtes une femme).
  - Vous poursuivez la pratique du cyclisme intensive ou en compétition après 60 ans.
  - Vous avez plus de 50 ans et vous êtes fumeur
  - Vous avez une pathologie chronique :
    - ▶ L'existence de pathologies chroniques doit faire poser la question de l'adaptation de la pratique sportive
    - ▶ Notamment les pathologies cardiovasculaires et les pathologies identifiées comme facteurs de risque cardiovasculaire (diabète, hypertension artérielle, cholestérol)
    - ▶ Mais toute pathologie peut présenter un risque soit par sa nature, soit par les effets secondaires de ses traitements
  - Vous êtes suivi pour une pathologie ou un traumatisme de la colonne vertébrale
  - Vous avez arrêté cette dernière année votre activité cycliste pendant plus d'un mois pour raison de santé.
- En cochant cette case, j'atteste sur l'honneur :**
- ▶ Comprendre que certains antécédents familiaux, facteurs de risques cardiovasculaires et maladies peuvent entraîner un risque lors de la pratique du sport et nécessitent une consultation auprès d'un médecin pour une pratique sécurisée.
  - ▶ Comprendre qu'un bilan médical à certains âges de la vie est nécessaire pour faire le point sur mon état de santé, l'adaptation de ma pratique du cyclisme et ses risques.

## 2.2 | LES PROBLÉMATIQUES MÉDICALES LIÉES AU SPORT

UN SUIVI MÉDICAL EST NÉCESSAIRE, SI VOUS ÊTES DANS UNE DES SITUATIONS SUIVANTES :

Au cours des 12 derniers mois :

- > Vous pensez avoir ou on vous a déjà fait remarquer que vous aviez un problème avec la nourriture
- > Vous êtes une femme et vous n'avez plus eu de règles pendant plus de trois mois
- > Vous avez eu un traumatisme crânien ou une commotion cérébrale
- > Vous éprouvez régulièrement une gêne respiratoire à l'effort
- > Vous avez expérimenté une baisse inexplicquée de performance

En cochant cette case, j'atteste sur l'honneur :

- ▶ Comprendre que certaines situations ou symptômes en lien avec ma pratique sportive peuvent entraîner un risque pour ma santé et doivent être suivis par un médecin.



## 2.3 | INFORMATIONS

LA FFC MET À DISPOSITION DE SES LICENCIÉS SES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES :

- > Les 10 règles d'or du club des cardiologues du sport et leur justificatif scientifique
- > Problèmes musculo-squelettiques : prévention et bases de prise en charge
- > Commotion cérébrale
- > Nutrition et bon usage des compléments alimentaires
- > Prévention du dopage
- > Pratique en conditions particulières (températures extrêmes, pollution)
- > Prise en charge de l'urgence vitale – parce que l'accident cardiaque est imprévisible, chacun peut y être confronté et doit savoir réagir. C'est un devoir citoyen de se former aux gestes qui sauvent.

IL EST INCONSCIENT, IL NE RESPIRE PLUS : C'EST UN ARRÊT CARDIAQUE



### RECOMMANDATIONS POUR LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS CARDIOVASCULAIRES

- > Je signale à mon médecin toute douleur dans la poitrine ou essoufflement anormal survenant à l'effort \*
  - > Je signale à mon médecin toute palpitation cardiaque survenant à l'effort ou juste après l'effort \*
  - > Je signale à mon médecin tout malaise survenant à l'effort ou juste après l'effort \*
  - > Je respecte toujours un échauffement et une récupération de 10 min lors de mes activités sportives
  - > Je bois 3 à 4 gorgées d'eau toutes les 30 min d'exercice à l'entraînement comme en compétition
  - > Je ne fume pas, en tout cas jamais dans les 2 heures qui précèdent ou suivent ma pratique sportive
  - > Je ne consomme jamais de substance dopante et j'évite l'automédication en général
  - > Je ne fais pas de sport intense si j'ai de la fièvre, ni dans les 8 jours qui suivent un épisode grippal (fièvre + courbatures)
- \*Quels que soient mon âge, mes niveaux d'entraînement et de performance, ou les résultats d'un précédent bilan cardiologique.

## 3. ATTESTATION SUR L'HONNEUR

En cochant cette case, j'atteste sur l'honneur

- ▶ Avoir lu et pris connaissance de toutes les informations des différentes parties de ce module santé
- ▶ Prendre ou avoir pris les dispositions nécessaires en conséquence (consultation médicale adaptée et, le cas échéant arrêt temporaire de l'activité sportive), me permettant de m'entraîner ou de participer à une compétition et/ou une manifestation sans risque pour ma santé
- ▶ Avoir pris connaissance des recommandations pour la prévention des accidents cardiovasculaires
- ▶ Savoir que la FFC met à ma disposition des recommandations de bonnes pratiques

Date :

Signature

**QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES**

*Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.*

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.		
Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/> Ton âge : ____ ans		
<b>Depuis l'année dernière</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance desport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>pendant</u> un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>après</u> un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>		
Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aujourd'hui</b>		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Questions à faire remplir par tes parents</b>		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient.  
Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.**



## Certificat Médical

Un certificat médical est demandé pour une délivrance de licence FFC :

- Pour les personnes majeures : uniquement dans le cadre de la déclaration de symptômes évocateurs de pathologie cardiaque (réponse "oui" au paragraphe "1- LES SYMPTOMES - QUESTIONNAIRE DE SANTE " du module santé).
- Pour les personnes mineures : si réponse "oui" à une des questions du questionnaire de santé du mineur

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

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Un ECG a été réalisé (**OBLIGATOIRE POUR LES PERSONNES MAJEURES**)

Il n'a pas été mis en évidence de contre-indication médicale à :

la pratique du cyclisme

y compris en compétition

Nombre de cases cochées : .....

Certificat remis en main propre à l'intéressé.

Fait le ..... à .....

Cachet du médecin

Signature du médecin