



# Amicale Cycliste Méré Montfort

## Constitution du dossier d'adhésion

1. Le présent Bulletin d'adhésion rempli, daté et signé - page 2
2. Document assurance AXA - Coupon « Déclaration du licencié -saison 2021 » rempli, daté et signé - page 6
3. Suivant la formule de licence choisie (Rando ou Sport) :

Pour une licence Rando :

- Soit Fournir un Certificat Médical de moins de 12 mois de Non Contre-Indication (CMNCI) à la pratique du cyclotourisme, voir exemple page 8
- Soit Remplir le questionnaire de santé (QS-SPORT Cerfa N°15699\*01) - page 7

Pour une licence Sport :

- Fournir obligatoirement un Certificat Médical de moins de 12 mois de Non Contre-Indication (CMNCI) à la pratique du cyclisme en compétition, voir exemple page 8

4. Règlement : Choisir un mode de règlement

- Par chèque à l'ordre de ACMM
- Par Virement Bancaire sur le compte :  
Titulaire : AMICALE CYCLISTE MERE MONTFORT  
Domiciliation : MONTFORT L'AMAURY  
Code Banque : 18206  
Code Guichet : 00044  
Numéro de compte : 28000636  
Clé RIB : 42  
IBAN : FR76 1820 6000 4428 0063 6300 142  
Code BIC : AGRIFRPP882

Le dossier est à envoyer à l'adresse suivante :

- ACMM - Mairie de Méré - 78490 MÉRÉ.



# Amicale Cycliste Méré Montfort

## Constitution du dossier d'adhésion

1. Le présent Bulletin d'adhésion rempli, daté et signé - page 2
2. Document assurance AXA - Coupon « Déclaration du licencié -saison 2021 » rempli, daté et signé - page 6
3. Suivant la formule de licence choisie (Rando ou Sport) :

Pour une licence Rando :

- Soit Fournir un Certificat Médical de moins de 12 mois de Non Contre-Indication (CMNCI) à la pratique du cyclotourisme, voir exemple page 8
- Soit Remplir le questionnaire de santé (QS-SPORT Cerfa N°15699\*01) - page 7

Pour une licence Sport :

- Fournir obligatoirement un Certificat Médical de moins de 12 mois de Non Contre-Indication (CMNCI) à la pratique du cyclisme en compétition, voir exemple page 8

4. Règlement : Choisir un mode de règlement

- Par chèque à l'ordre de ACMM
- Par Virement Bancaire sur le compte :  
Titulaire : AMICALE CYCLISTE MERE MONTFORT  
Domiciliation : MONTFORT L'AMAURY  
Code Banque : 18206  
Code Guichet : 00044  
Numéro de compte : 28000636  
Clé RIB : 42  
IBAN : FR76 1820 6000 4428 0063 6300 142  
Code BIC : AGRIFRPP882

Le dossier est à envoyer à l'adresse suivante :

- ACMM - Mairie de Méré - 78490 MÉRÉ.

## Bulletin d'adhésion

- Les enfants mineurs des adhérents peuvent s'inscrire et devront rester sous la responsabilité du père ou de la mère. L'âge minimum est de 12 ans.
- Les membres d'une même famille, composée de deux adultes maximum et d'enfants de moins de 25 ans (nombre illimité) peuvent s'inscrire sur le même bulletin et bénéficier ainsi de tarifs attractifs.

Consultez les tarifs 2022 en page 3 et les garanties en page 4 pour remplir le tableau ci-dessous.

NOM	Prénom	Né(e) le	Nationalité	N° licence 2020	Type de licence (rando/sport)	Type d'assurance	Revue (oui/non)	Catégorie Tarif	Tarif
<i>Exemple : DUPONT</i>	<i>René</i>	<i>13/10/70</i>	<i>Française</i>	<i>234567</i>	<i>Rando</i>	<i>Petit Braquet</i>	<i>Non</i>	<i>1<sup>er</sup> Adulte Famille</i>	<i>45,00 €</i>
								TOTAL :	

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

E-Mail : .....

Je soussigné 1..... déclare :

- Souhaiter devenir membre de l'association Amicale Cycliste Méré-Montfort,
- Avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur,
- M'engager à respecter scrupuleusement le code de la route,
- Autoriser la communication de mes coordonnées aux adhérents de l'ACMM,
- Accepter de rétrocéder mon image, au travers de photos, film ou tout autre support de communication,
- Remplir l'encart ci-dessous en cochant une des 2 cases :

Je fournis un certificat médical de - de 12 mois (cyclotourisme ou cyclisme en compétition).

Ou

J'atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé (QS-SPORT Cerfa N°15699\*01) qui m'a été remis par mon club. J'atteste sur l'honneur avoir répondu par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de santé et je reconnais expressément que les réponses apportées relèvent de ma responsabilité exclusive

- Déclare avoir pris connaissance de la notice d'information sur les garanties couvertes par le contrat d'assurance souscrit par la FFCT auprès de l'assureur AXA.

Fait à : ..... Le : ..... Signature(s) 2

1 Autant de noms et signatures que de demandes d'inscription.

2 Signature(s) de chacun des adhérents précédée(s) de la mention « lu et approuvé »

## Bulletin d'adhésion

Les enfants mineurs des adhérents peuvent s'inscrire et devront rester sous la responsabilité du père ou de la mère. L'âge minimum est de 12 ans.

Les membres d'une même famille, composée de deux adultes maximum et d'enfants de moins de 25 ans (nombre illimité) peuvent s'inscrire sur le même bulletin et bénéficier ainsi de tarifs attractifs. Consultez les tarifs 2024 en page 3 et les garanties en page 4 pour remplir le tableau ci-dessous. La cotisation club est de 39,50€.

NOM	Prénom	Né(e) le	Nationalité	N° licence 2020	Type de licence (Rando /Sport)	Type d'assurance	Revue (oui/non)	Catégorie Tarif	Tarif
<i>Exemple Dupont</i>	<i>René</i>	<i>28/02/70</i>	<i>Française</i>	<i>214567</i>	<i>Rando</i>	<i>Petit Braquet</i>	<i>Non</i>	<i>1er Adulte Famille</i>	<i>90,00 €</i>
								TOTAL	

Adresse : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

Téléphone : .....

E-Mail : .....

Je soussigné (1)..... déclare :

Souhaiter devenir membre de l'association Amicale Cycliste Méré-Montfort,  
 M'engager à respecter scrupuleusement le code de la route,  
 Autoriser la communication de mes coordonnées aux adhérents de l'ACMM,  
 Accepter de rétrocéder mon image, au travers de photos, film ou tout autre support de communication,

Remplir l'encart ci-dessous en cochant une des 2 cases :

- Je fournis un certificat médical de - de 12 mois (cyclotourisme ou cyclisme en compétition).

Ou

- J'atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé (QS-SPORT Cerfa N°15699\*01) qui m'a été remis par mon club. J'atteste sur l'honneur avoir répondu par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de santé et je reconnais expressément que les réponses apportées relèvent de ma responsabilité exclusive

Déclare avoir pris connaissance de la notice d'information sur les garanties couvertes par le contrat d'assurance souscrit par la FFCT auprès de l'assureur AXA.

Fait à : ..... Le : ..... Signature(s) (2)

<sup>1</sup> Autant de noms et signatures que de demandes d'inscription.

<sup>2</sup> Signature(s) de chacun des adhérents précédée(s) de la mention « lu et approuvé »



## TARIFS Clubs - Saison 2024

Réaffiliation club = 57,00 € (cotisation 29,00 € + revue 28 €) - Affiliation club = 28 € (revue) + cotisation gratuite

CATÉGORIES	COTISATION FÉDÉRALE	"MINI-BRAQUET" <i>(Responsabilité Civile + Défense-Recours)</i>		"PETIT-BRAQUET" <i>(Mini-Braquet + Accident Corporel et Rapatriement)</i>		"GRAND-BRAQUET" <i>(Petit-Braquet + Dommages au vélo)</i>		* Option Revue 11 numéros
		Assurance	Total	Assurance	Total	Assurance	Total	
École française de vélo ( < 18 ans ) :	13,00 €			offerte Axa	13,00 €	50,00 €	63,00 €	+ 28,00 €
Adultes :	29,50 €	20,00 €	49,50 €	22,00 €	51,50 €	72,00 €	101,50 €	
Jeunes moins de 18 ans :	13,00 €	20,00 €	33,00 €	22,00 €	35,00 €	72,00 €	85,00 €	
Jeunes (18 à 25 ans) :	13,00 €	20,00 €	33,00 €	22,00 €	35,00 €	72,00 €	85,00 €	
<b>Familles :</b>								
<i>1er adulte</i>	29,50 €	20,00 €	49,50 €	22,00 €	51,50 €	72,00 €	101,50 €	
<i>2ème adulte</i>	14,00 €	20,00 €	34,00 €	22,00 €	36,00 €	72,00 €	86,00 €	
Jeunes (18 à 25 ans) :	13,00 €	20,00 €	33,00 €	22,00 €	35,00 €	72,00 €	85,00 €	
Jeunes moins de 18 ans :	7,50 €	10,00 €	17,50 €	11,00 €	18,50 €	61,00 €	68,50 €	
<i>Enfants de 6 ans et moins</i>	offerte Fivélo	-	-	offerte Axa	-	50,00 €	50,00 €	

\* option Revue 1ère adhésion : Pour tout nouvel adhérent, tarif exceptionnel de 23 €/an au lieu de 28 €/an.

### Formules proposées

Garanties	Mini-Braquet	Petit-Braquet	Grand-Braquet
Responsabilité civile	oui	oui	oui
Recours et Défense pénale	oui	oui	oui
Accident corporel	non	oui	oui
Assurance Rapatriement	non	oui	oui
Dommages au casque	non	oui	oui
Dommages cardio-fréquencemètre (1)	non	oui	oui
Dommages au vélo	non	non	oui
Dommages au GPS (2)	non	non	oui
Dommages aux équipements vestimentaires	non	non	oui

(1) Seul le cardio-fréquencemètre à fonction unique est garanti

(2) Les Smartphones sont exclus de la formule grand braquet

# RÉSUMÉ DE LA NOTICE D'INFORMATION SAISON 2024



(Conformément aux articles L 321-1, L321-4, L321-5 et L 321-6 du Code du Sport et de l'article L141-4 du Code des assurances)

Ce document résume les garanties des contrats Responsabilité Civile, Individuelle Accidents et Dommages au matériel vélo et de la convention d'Assistance souscrits par votre Fédération.

Ce document vous est remis afin :

- de vous informer qu'outre des garanties couvrant la responsabilité civile et la défense pénale et recours, vous pouvez bénéficier des garanties d'assurance de personne qui vous sont proposées par la Fédération française de cyclotourisme ;
- d'attirer votre attention sur l'intérêt que vous avez à souscrire un contrat d'assurance de personne couvrant les accidents corporels auxquels peut vous exposer votre pratique sportive.

**Le présent document est un simple résumé des garanties du contrat auquel il convient de se référer en cas de sinistre. Vous disposez également d'un Guide Licencié et de l'accès à l'intégralité de la notice d'information sur votre espace licencié du site de la Fédération [www.ffvelo.fr](http://www.ffvelo.fr) ou sur le site d'Amplitude Assurances Gomis-Garrigues [www.cabinet-gomis-garrigues.fr](http://www.cabinet-gomis-garrigues.fr)**

**En choisissant votre option d'assurance, le licencié choisit ses garanties :**

Nature de la garantie	Mini Braquet	Petit Braquet	Grand Braquet	
→ <b>Responsabilité civile - Défense Pénale et Recours</b>	Acquise	Acquise	Acquise	
→ <b>Décès accidentel</b>	Non acquise	5 000€	15 000€	
→ <b>Décès ACV/AVC<sup>(1)</sup> :</b>				
▪ En l'absence du test à l'effort de moins de 2 ans,	Non acquise	1 500€	2 500€	
▪ en Présence du test à l'effort de moins de 2 ans.	Non acquise	3 000€	7 500€	
→ <b>Invalidité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative &lt; 5%</b>	Non acquise	30 000€ versé en totalité si taux d'invalidité > 66%	60 000€ versé en totalité si taux d'invalidité > 66%	
→ <b>Frais médicaux prescrits y compris non remboursés par la Sécurité Sociale, dont :</b>		3 000€	3 000€	
Prothèse dentaire :				
▪ par dent (maxi 4)		250€	250€	
▪ bris de prothèse		500€	500€	
Lunette :				
▪ par verre		120€	120€	
▪ par monture		200€	200€	
Réparation ou remplacement autre prothèse (médicale)		500€	500€	
Actes non prescrits et non remboursables		3 séances à 50€	3 séances à 50€	
→ <b>Frais de séjour dans un centre de rééducation en traumatologie sportive</b>	Non acquise	3 000€	3 000€	
→ <b>Assistance dont :</b>				
▪ Rapatriement		Frais réels	Frais réels	
▪ Prise en charge des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger et avance		10 000€	10 000€	
▪ Frais de recherches, de secours et d'évacuation		3 000€	3 000€	
<b>TOUJOURS APPELER L'ASSISTANCE AU 01 55 92 12 94 avant toute décision de rapatriement</b>				
→ <b>Dommages (Indemnisation vétusté déduite de 8 % par an max 70 %) :</b>				Franchises
▪ Casque		80€	80€	Néant
▪ Cardio-fréquencemètre		100€	100€	Néant
▪ Equipements vestimentaires		Non acquise	160€	30€
▪ GPS		Non acquise	300€	30€
▪ Dommages au Vélo y compris catastrophes Naturelles		Non acquise	1 500€	100€

<sup>(1)</sup> Pour être valable le test à l'effort doit avoir été réalisé avant l'accident et au plus tard dans les 2 ans qui précèdent la délivrance de la licence de l'année en cours.

## Demeurent exclus de la garantie des Accidents corporels :

- La faute intentionnelle ou dolosive de l'Assuré, du Bénéficiaire ou du Souscripteur.
- Les accidents causés par l'usage de stupéfiants et de produits toxiques non ordonnés médicalement.
- Les conséquences d'accident résultant :
  - de tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ;
  - de tout engin destiné à irradier ou à exploser par modification du noyau de l'atome, ainsi que de leur décontamination ;
  - de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique ;
  - d'attentat ou d'acte de terrorisme utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière radioactive, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale.
- Les accidents du fait d'un taux d'alcoolémie de l'assuré égal ou supérieur à celui fixé par la réglementation française régissant la circulation automobile.
- Les conséquences d'une syncope, d'une crise d'épilepsie.
- Les accidents résultant de la guerre civile ou étrangère, les émeutes et mouvements populaires.
- Les accidents provenant de la participation de l'Assuré à une rixe, sauf cas de légitime défense, ou d'assistance à personne en danger.
- Les conséquences du suicide et de la tentative de suicide.
- Les accidents résultant de phénomènes naturels à caractère catastrophique.
- Les accidents résultant de la conduite de tout véhicule sans permis ou certificat en état de validité, de compétitions (et leurs essais) comportant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur sauf cas de participation à des concentrations automobiles non soumises à autorisation des pouvoirs publics.
- Les conséquences :
  - d'un traitement esthétique et/ou d'opération de chirurgie esthétique non-consécutif à un accident garanti ainsi que leurs suites et conséquences ;
  - de la participation active de l'assuré à des émeutes, mouvements populaires, actes de sabotage, crimes ou délits intentionnels, rixes sauf en cas de légitime défense, attentat, acte de terrorisme ;
  - d'accidents survenus avant la date d'entrée en garantie de l'assuré ;
  - de maladie ;
  - d'un accident résultant de la navigation aérienne à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence, ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmés.
- Les frais de voyage et de séjour dans les stations balnéaires ou climatiques.

## I. Les garanties optionnelles proposées

Si l'option est souscrite auprès d'Amplitude Assurances Gomis-Garrigues (bulletin N° 1 Annexe 2) :

### 1- Les Indemnités journalières (Bulletin N° 1 Annexe 2 du Guide Licencié)

L'assureur garantit à l'assuré le versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale médicalement reconnue à la suite d'un accident survenu dans le cadre des activités garanties et dans les cas suivants :

- Si l'assuré exerce une activité professionnelle et est mis en arrêt de travail par décision médicale (base indemnitaire) l'assureur verse une indemnité journalière correspondant exclusivement à la perte réelle de revenu sans pouvoir dépasser la somme de 30€ par jour, à compter du 4<sup>e</sup> jour d'arrêt et ce jusqu'au 365<sup>e</sup> jour consécutif. Par perte réelle de revenu, on entend la différence entre la rémunération de l'activité professionnelle de l'assuré (salaires, primes, honoraires, gratifications) servant de base à la déclaration annuelle à l'Administration Fiscale et les prestations versées par la Sécurité sociale et/ ou tout autre régime similaire, régime complémentaire ou l'employeur.
- Si l'assuré est hospitalisé pendant une période supérieure à 4 jours, l'assureur verse une indemnité journalière forfaitaire de 30€ par jour, à compter du 4<sup>e</sup> jour d'hospitalisation et ce, pendant une durée maximale de 90 jours d'hospitalisation.

**Cotisation : 30€ TTC** en complément des formules Petit Braquet ou Grand Braquet.

### 2- Complément de garantie Invalidité permanente et Décès (Bulletin N° 1 Annexe 2 du Guide Licencié)

Les sommes ci-dessous viennent s'ajouter à celles prévues par les formules Petit Braquet et Grand Braquet.

Garanties	Montant du capital supplémentaire
Décès (Tout événement d'origine cardio-vasculaire ou vasculo cérébral/ AVC est exclu)	25 000€
Invalidité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative ≤ 5 %	50 000€ <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> En cas d'invalidité permanente partielle, le montant de l'indemnité est égal au pourcentage du capital assuré correspondant au taux d'invalidité retenu.

**Cotisation : 25€ ou 50€** pour capitaux ci-dessus doublés.

## Pour toutes informations : vos contacts



### **AMPLITUDE ASSURANCES** **Céline Gomis - Philippe Garrigues**

17 Boulevard de Gare  
31500 TOULOUSE  
N°Orias : 20005657 - www.orias.fr

**Téléphone : 05 61 52 19 19**

**E-mail :**  
**contact@amplitude-assurances.fr**

**Site internet :**  
**www.cabinet-gomis-garrigues.fr**

### **LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME**

12 Rue Louis Bertrand  
CS 80045  
94207 IVRY SUR SEINE CEDEX

**Téléphone : 01 56 20 88 82**

**E-mail :**  
**l.blondeau@ffvelo.fr**

**Site internet :**  
**www.ffvelo.fr**

### **AXA ASSISTANCE**

**Convention n° 0804137**  
**Ligne dédiée 7j/7 - 24h/24**  
**01 55 92 12 94**

## II. La protection de vos données personnelles

Nous vous informons que les données à caractère personnel recueillies sont nécessaires pour la prise en compte de votre adhésion et la gestion de votre contrat d'assurance. Dans ce cadre, ces données peuvent être transmises à l'Assureur et peuvent également être communiquées à des experts, à nos conseils, à nos prestataires et sous-traitants. A défaut d'opposition expresse de votre part, nous pourrions vous adresser des courriers ou emails d'information en lien avec votre contrat sans caractère commercial. Vos données personnelles recueillies et traitées dans le cadre de la gestion de votre contrat ne seront toutefois jamais utilisées à des fins de prospection commerciale. La base juridique du traitement de vos données est l'exécution de votre contrat d'assurance ou le consentement concernant l'éventuel traitement de vos données de santé. La base juridique du traitement de vos données est l'exécution de votre contrat d'assurance. Ces données sont conservées aussi longtemps que nécessaire pour la gestion de votre contrat et au-delà, à compter de la clôture du dossier, pendant la durée autorisée ou imposée par une disposition légale ou réglementaire. Vous disposez de droits d'accès, de rectification, de limitation du traitement, ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez également vous opposer pour motifs légitimes à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement. Il est précisé que l'exercice de certains de ces droits peut entraîner au cas par cas pour AMPLITUDE Assurances Gomis Garrigues, l'impossibilité de gérer votre contrat et donc les prestations liées à ce dernier. Vous pouvez exercer vos droits à tout moment, sous réserve de justifier de votre identité, et contacter le Délégué à la Protection des Données par courrier électronique à l'adresse contact@cabinet-gomis-garrigues.fr ou par voie postale à l'adresse suivante : AMPLITUDE Assurances Gomis Garrigues – Délégué à la Protection des Données – 17 Bld de la Gare 31500 TOULOUSE. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : CNIL – 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.

En fournissant vos données personnelles et, notamment des données à caractère médical, vous autorisez expressément leur utilisation pour les besoins de la prise en compte de votre adhésion et de la gestion de votre contrat. Par ailleurs, si vous fournissez des renseignements au sujet d'une autre personne, vous vous engagez à l'informer de l'utilisation de ses données personnelles et à obtenir son consentement pour une telle utilisation en son nom.



## Déclaration du licencié - Saison 2024

À retourner obligatoirement au Club (ou à la Fédération pour les membres individuels)

Je soussigné(e) ..... né(e) le | | | | |

**Pour le mineur** représentant légal de ..... né(e) le | | | | |

Licencié de la Fédération à (nom du Club) .....

Déclare :

- Avoir pris connaissance du contenu du présent résumé de la notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la Fédération auprès d'AXA pour le compte de ses adhérents
- Avoir été informé par la présente notice de l'intérêt que présente la souscription de garanties d'indemnités contractuelles (Décès, Invalidité Permanente, Frais médicaux, et Assistance) pour les personnes pratiquant une activité sportive relevant de la Fédération
- Avoir choisi une formule MB  PB  ou GB  et les options suivantes :  
Indemnité Journalière  forfaitaire Complément Décès/Invalidité   
Ne retenir aucune option complémentaire proposée

Fait à ..... le | | | | |

**Signature du licencié souscripteur**  
**(ou du représentant légal pour le mineur)**





## CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE

(Mise à jour du 16/09/2021)

Le Code du sport (Art. L231-5) impose aux fédérations de veiller à la santé de ses licenciés et de prendre à cet effet, toutes les dispositions nécessaires.

Le décret 2016-1157 du 24 août 2016 rend obligatoire le certificat médical de non contre-indication (CMNI) pour toute pratique sportive, et en précise les contours (durée et renouvellement).

Suite aux recommandations de la commission nationale Sport-Santé, la Fédération incite depuis de nombreuses années les licenciés à se soumettre régulièrement à un examen médical complet.

La souscription de l'option « Petit-braquet » ou « Grand-braquet » liée à la production d'un test d'effort de moins de 2 ans auprès de notre assureur fédéral permet des garanties supérieures en cas de décès par accident cardio-vasculaire ou vasculaire cérébral.

Notre pratique, qu'elle soit compétitive ou non, est un sport susceptible d'amener les sollicitations cardiaques à leur maximum, ce qui constitue le facteur déclenchant de nombre d'accidents vasculaires, coronariens essentiellement. Eu égard aux recommandations des sociétés de médecine du sport, il est vivement souhaitable, après 45 ans chez l'homme et 50 chez la femme, de consulter un médecin cardiologue qui décidera de l'opportunité d'une épreuve d'effort.

- Formule de licence « Vélo rando » : production d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique du cyclotourisme **tous les 5 ans.**
- Formule de licence « Vélo sport » : pour une pratique sportive avec participation à des épreuves à temps et/ou à classement (dites cyclo-sportives) (1) production d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition **tous les 3 ans.**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : M F

Club d'affiliation : ..... N° de licence : .....

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

M. Mme. Mlle .....

Et qu'il (elle) ne présente pas de contre-indication à la pratique du :

Cyclotourisme (licence « Vélo rando »)

Ou

Cyclisme en compétition (licence « Vélo sport »)

À..... Le.....

Signature et cachet du médecin :  
(Obligatoire avec ses coordonnées)

(1) Conformément aux dispositions de son règlement la Fédération française de cyclotourisme n'organise pas ce type d'épreuves.



## EXAMEN MEDICAL TYPE (FACULTATIF) pouvant être prérempli par l'intéressé

Document à présenter à un médecin du sport, votre médecin référent ou un autre médecin de votre choix pour la délivrance du certificat de non contre-indication et à conserver.

### Antécédents sportifs

Autres pratiques :

Cyclotourisme : Depuis combien de temps ?  
Volume de pratique (km/an) :

### Antécédents médicaux

Familiaux :	Maladies ou décès d'origine cardiaque dans la famille ?	Oui	Non
	Hypertension artérielle ?	Oui	Non
	Maladies métaboliques (diabète, cholestérol, triglycérides, ...) ? La ou lesquelles ?	Oui	Non

Personnels :

- Age : plus de 45 ans ?
- Hypertension artérielle
- Diabète
- Hyperlipidémie (diabète, triglycérides)
- Tabagisme
- Sédentarité (arrêt de toute pratique sportive régulière depuis plus d'un an)
- Stress
- Prise médicamenteuse : laquelle ?
- Antécédents chirurgicaux : Lesquels ?
- Autres : (vertiges, troubles visuels, crises convulsives, ...)

**Examen clinique :** Taille (m) : Poids (kg) :

**Cardio-vasculaire :** IMC : Pds (en Kg) / Taille<sup>2</sup> (m) =  
Périmètre abdominal :  
Signes fonctionnels à l'effort Oui Non  
Si Oui lesquels ? (Palpitations, douleurs thoraciques, gêne respiratoire, ...)

Auscultation cardiaque :  
TA de repos :  
Pouls de repos :  
Pouls périphériques tous perçus : Oui Non  
**ECG de repos** (vivement recommandé)

**Pulmonaire :** Signes fonctionnels à l'effort Oui Non  
Si Oui lesquels ? (Toux, gêne respiratoire, asthme, ...)

**Appareil locomoteur :** Rachis :  
Membres supérieurs :  
Membres inférieurs :

**Neurologique :** Troubles de l'équilibre : épreuve de Romberg yeux fermés =  
Troubles de la vision (corrigés ou pas) :  
Troubles de l'audition (corrigés ou pas) :  
Antécédent de crise convulsive :

**Uro-génital :**

**Autres :** État bucco-dentaire :