

Certificat Médical d'absence de contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition pour les cyclistes relevant de la Surveillance Médicale Règlementaire

Je soussigné, Dr

médecin du sport, certifie avoir examiné

M(me) :

et n'avoir pas constaté à la date de ce jour

de signes apparents contre-indiquant la pratique du cyclisme en compétition.

J'ai réalisé ou visualisé :

Le bilan clinique	☐ OUI	☐ NON
L'ECG de repos	☐ OUI	☐ NON
Le bilan nutritionnel	☐ OUI	☐ NON
Le bilan psychologique	☐ OUI	☐ NON
L'échographie cardiaque *	☐ OUI, datée du :	☐ NON
L'épreuve d'effort **	☐ OUI, datée du :	☐ NON

** Pour les cyclistes listés et cyclistes professionnelles féminines - Une fois dans la carrière (une 2nd après 20 ans, si première échographie faite avant 15 ans) - Pour les cyclistes professionnels hommes : 1 fois tous les 2 ans*

*** Pour les cyclistes professionnels hommes uniquement : 1 fois tous les 2 ans*

Conclusions du bilan :

- ☐ Je n'ai pas noté de problème particulier
- ☐ J'ai pu noter : ☐ Une anomalie mineure ☐ Une anomalie à explorer sans CI
- ☐ Une anomalie majeure avec CI temporaire ou définitive.
- ☐ Cardiologique ☐ Respiratoire ☐ Nutritionnelle ☐ Psychologique ☐ Traumatique
- ☐ Autre :

Description et nature du suivi à mettre en place :

Le

Cachet et Signature du médecin du sport