



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

**Je soussigné, Dr [REDACTED] médecin du sport, certifie avoir examiné [REDACTED] et n'avoir pas constaté à la date de ce jour [REDACTED] de signes apparents contre-indiquant la pratique du cyclisme en compétition.**

### **J'ai réalisé ou visualisé :**

- |                           |  |                              |
|---------------------------|--|------------------------------|
| Le bilan clinique         | <input type="checkbox"/> OUI             | <input type="checkbox"/> NON |
| L'ECG de repos            | <input type="checkbox"/> OUI             | <input type="checkbox"/> NON |
| Le bilan nutritionnel     | <input type="checkbox"/> OUI             | <input type="checkbox"/> NON |
| Le bilan psychologique    | <input type="checkbox"/> OUI             | <input type="checkbox"/> NON |
| L'échographie cardiaque * | <input type="checkbox"/> OUI, datée du : | <input type="checkbox"/> NON |
| L'épreuve d'effort **     | <input type="checkbox"/> OUI, datée du : | <input type="checkbox"/> NON |

\* Une fois dans la carrière (une 2<sup>nd</sup> après 20 ans, si première échoangiographie faite avant 15 ans)

**\*\* Pour les cyclistes professionnels hommes uniquement : 1 fois par an**

#### **Conclusions du bilan :**



#### Description et nature du suivi à mettre en place :

Le

#### Cachet et Signature du médecin du sport