



## 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, ...) ? | Oui | Non |
|             | La ou lesquelles ?                                                 |     |     |

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 :