



REAL FEDERACION ESPAÑOLA DE CICLISMO

ANEXO Nº 2 BIS. CERTIFICADO MEDICO – DEPORTIVO DE CAPACITACION PARA LA PRÁCTICA DEPORTIVA DEL CICLISMO

Don/Doña _____, como médico colegiado número _____, del Colegio Oficial de Médicos de la provincia de _____,

CERTIFICO QUE:

En el reconocimiento médico realizado en cumplimiento del artículo I.A.2.1, punto octavo, de las disposiciones generales de los Reglamentos Técnicos de la Real Federación Española de Ciclismo; **no se detecta factor de riesgo que contraindique la práctica deportiva del ciclismo**, en el deportista que se relaciona a continuación:

Don/Doña: _____

DNI: _____

Domicilio: _____

C.Postal: _____

Municipio: _____ Provincia: _____

Y para que así conste a los efectos oportunos firmo el presente Certificado en _____ a ____ de _____ de 2____.