



# 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 \_\_\_\_.