

**LE COUREUR EST AUTORISE A  
PARTICIPER A UN MAXIMUM de 3  
EPREUVES FCWB SOUS LE COUVERT DE  
CETTE ATTESTATION (R.M. art. 11 § 4)**

Date 2016	Lieu	Disci- pline	Nom & Signature délégué

Si au terme des 3 épreuves-tests, le coureur décide de prolonger avec une licence officielle, la présente attestation, munie du certificat médical, doit être jointe à la demande (*dispense de repasser chez le médecin*).

Tarif (outre frais d'inscription) par participation :

Route, piste, cyclo-cross : 10,00 €

MTB, Trial, BMX : 5,00 €

*Le titulaire de cette attestation est soumis aux Règlements de la FCWB.*



Fédération Cycliste  
de  
Wallonie – Bruxelles

**« LICENCE d'UN JOUR » 2016**

**MINIMES, ASPIRANTS  
DEBUTANTS, JUNIORS**  
(ressortissants ayant leur résidence  
principale en Belgique)

**IDENTIFICATION DU TITULAIRE**

NOM : .....

PRENOM : .....

CATEGORIE : .....

NATIONALITE : .....

LIEU DE NAISSANCE : .....

DATE de NAISSANCE : ...../...../.....

DOMICILE : rue : .....

à CP :..... Commune : .....

Signature du titulaire :



Fédération Cycliste  
de  
Wallonie – Bruxelles

**ATTESTATION PARENTALE 2016  
MINIMES, ASPIRANTS  
DEBUTANTS, JUNIORS  
SOUS « LICENCE d'UN JOUR »**

Je soussigné :

Nom : .....

Prénom : .....

Domicile : .....

Agissant en qualité de représentant légal, autorise le titulaire identifié à pratiquer des activités de sport cycliste.

Date : .....

Signature : .....



Fédération Cycliste  
de  
Wallonie – Bruxelles

**CERTIFICAT MEDICAL 2016  
MINIMES, ASPIRANTS  
DEBUTANTS, JUNIORS  
SOUS « LICENCE d'UN JOUR »**

Je soussigné, docteur en médecine, médecin de tutelle agréé, atteste, après examen approfondi et approprié (screening cardio vasculaire) du titulaire identifié, que ce dernier ne présente aucune contre-indication à la pratique du sport cycliste.

Signature : .....

Nom, adresse & cachet du médecin