



## CERTIFICAT MEDICAL



**Je soussigné, Docteur** \_\_\_\_\_

**Certifie avoir examiné ce jour** \_\_\_\_\_

**Monsieur, Madame**

**NOM :** \_\_\_\_\_

**Prénom :** \_\_\_\_\_

**Et avoir conclu en l'absence de contre-indication à la pratique du sport en compétition**

*(à l'exclusion des sports nécessitant un certificat spécifique à la pratique) en particulier l'athlétisme et la course à pied.*

*Je l'ai informé de l'obligation de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le dopage un dossier d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage.*

*Pour les non licenciés pratiquant la course à pied en compétition ce certificat est valable un an. Pour la prise d'une licence dans un club d'athlétisme FFA ce certificat est valable 3 ans (sous réserve de répondre à un questionnaire médical fourni par la fédération)*

**Date :** \_\_\_\_\_

**Signature, adresse et cachet du médecin**