



CERTIFICAT MÉDICAL



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