

# CERTIFICAT MEDICAL

Pris en conformité avec l'article L. 231-2-1 du code du sport

Je soussigné, Docteur : \_\_\_\_\_

Demeurant à : \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Melle : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Demeurant à : \_\_\_\_\_

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du sport en compétition et de l'Athlétisme en compétition.

Je l'informe de l'intérêt de déposer, le cas échéant, auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) une demande 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 et visés par la procédure d'AUT.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Docteur,
----------

Cachet et Signature du Médecin

Nota : Certificat daté de moins d'un an à la date de l'événement