

CERTIFICAT MÉDICAL POUR L'ATHLÉTISME

Je soussigné(e) Docteur

.....

Certifie que l'examen clinique ce jour de

.....

Confirme l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de l'athlétisme en compétition. Je l'informe de l'intérêt de déposer 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.

Date :

Signature et Cachet :

--