CERTIFICAT MEDICAL

Prise de licence Découverte, Compétition ou Running
de la Fédération Française d'Athlétisme

Je soussigné(e) Docteur _____

certifie que l'examen clinique ce jour de :

M. / Mme / Mlle _____

ne contre-indique pas la pratique de l'**ATHLETISME EN COMPETITION**.

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.

Fait à _____, le : ___ / ___ / _____

Signature :

Cachet du médecin :