

Nom et Adresse du Médecin

CERTIFICAT MEDICAL

Pris en conformité avec l'article L 223-2-1 du code du sport

Je, soussigné, Docteur _____

Certifie avoir examiné ce jour M/Mme : _____

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 la 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 ___/___/_____

*Pour Auray Vannes 2018, le certificat doit
avoir été établi après le 9 septembre 2017*

Cachet et Signature du Médecin