

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 2023, le certificat doit  
avoir été établi après le 10 septembre 2022*

Cachet et Signature du Médecin