



## CERTIFICAT MEDICAL

SAISON 2021/2022

Je soussigné, Docteur : \_\_\_\_\_

Demeurant à : \_\_\_\_\_

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

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

Et que l'examen clinique de ce jour, confirme **l'absence de contre-indication à la pratique**

**de l'Athlétisme en compétition** (pour tous les licenciés sauf Encadrement)

ou **à la découverte de l'Athlétisme** pour la Catégorie Baby : Enfants nés en : 2016 / 2017 / 2018.

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 :

Cachet :