



**CERTIFICAT MÉDICAL**

**SAISON 2022/2023**

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 Compétition)
- à la découverte de l'Athlétisme pour la Catégorie Baby : Enfants nés en : 2017 / 2018 / 2019.
- à la pratique de l'athlétisme/du sport santé (pour les licenciés Running Loisir et Santé)

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 :