CERTIFICAT MEDICAL

Saison 2020 / 2021

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 : 2015 / 2016 / 2017.

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 :