

Certificat Médical

pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-3 du Code du Sport

Je soussigné, Docteur : _____

Demeurant à : _____

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Melle :

Né(e) le : ____ / ____ / ____

Demeurant à : _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de l'Athlétisme en compétition et à la pratique de la musculation spécifique à l'athlétisme.

Je l'informe de l'obligation de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage un dossier 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.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Cachet du Médecin et Signature du médecin

Article 2.1.2 des Règlements Généraux de la Fédération Française d'Athlétisme :

Ce certificat médical, établi par un médecin de leur choix, doit être délivré suivant la réglementation en vigueur et être **daté de moins de trois mois au moment de la demande de création ou de renouvellement de la Carte d'Adhérent.**