

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné DOCTEUR,
certifie avoir examiné ce jour,

M. / Mme / Mlle :,

Demeurant à,

Né(e) le/...../....., et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-
indication à :

- La pratique **en compétition** de la course à pied et à l'effort prolongé en milieu naturel.
- La pratique de la **marche à pied sportive** et à l'effort prolongé en milieu naturel.

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 et signature du médecin :