

## CERTIFICAT MEDICAL

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.**

Je l'informe de l'obligation de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) une déclaration d'usage ou 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.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cachet & Signature du médecin

*Article 2.1.2 des Règlements Généraux de la Fédération Française d'Athlétisme :*  
*Les personnes qui demandent une Carte d'adhérent, à l'exclusion des Non pratiquants (licence Athlé Encadrement), doivent produire :*  
*un certificat médical de non contre indication à la pratique de l'Athlétisme en Compétition pour les licences Athlé Compétition, Athlé Entreprise, Athlé Découverte et Athlé Running ainsi que pour le titre de participation Pass' running ;*

*Ce certificat médical, établi par un médecin de leur choix, doit être délivré suivant la réglementation en vigueur et être **daté de moins de 1 an** au moment de la demande de création de la Carte d'Adhérent (**ou de 6 mois** pour un renouvellement ou Questionnaire de Santé avec au moins une réponse positive).*