



Certificat Médical

Je soussigné

Docteur.....

Certifie que M – Mme – Melle :

Né(e) le :/...../..... Demeurant à :

Ne présente pas de contre indication apparente à la pratique en compétition du Trail et de l'athlétisme en compétition 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.

A le.....

Signature et cachet du médecin