

# Certificat médical pour la pratique du sport en compétition

*Je soussigné, Docteur*

*Certifie avoir examiné ce jour*

*Monsieur, Madame*

**NOM :**

**Prénom :**

***Et avoir conclu en l'absence de contre indication à la pratique du sport en compétition (à l'exclusion des sports nécessitant un certificat spécifique à la pratique) en particulier l'athlétisme et la course à pied.***

*Je l'ai informé 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.*

*Pour les non licenciés pratiquant la course à pied en compétition ce certificat est valable un an. Pour la prise d'une licence dans un club d'athlétisme FFA ce certificat est valable 3 ans (sous réserve de répondre à un questionnaire médical fourni par la fédération )*

**Date :**

**Signature , adresse et cachet du médecin**