

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné(e) Docteur en médecine _____,
certifie avoir examiné ce jour, ____/____/____ :

Nom : _____ Prénom : _____

né(e) le : ____/____/____.

Et n'avoir pas constaté, ce jour, de contre-indication à la pratique de **tous les sports, y compris en compétition**, excepté

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.

Cachet et signature du médecin :