

**Certificat Médical**  
**pris en application des articles L.231-2 et L.231-3 du Code du Sport**

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 et à la pratique de la musculation spécifique à l'athlétisme.

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 du Médecin et Signature du médecin

**Article 2.1.2 des Règlements Généraux de la Fédération Française d'Athlétisme :**

Ce certificat médical, établi par un médecin de leur choix, doit être délivré suivant la réglementation en vigueur et être **daté de moins de six mois au moment de la demande de création ou de renouvellement de la Carte d'Adhérent.**