

Commission des Courses Hors Stade de la Gironde

Modèle de Certificat Médical

Je, soussigné Docteur :

Demeurant à :

Certifie avoir examiné ce jour M,Mlle,Mme

Né(e) le : Demeurant à :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de

- contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition pour les licences Athlé Compétition/Entreprise/Découverte/Running et pour le titre de participation Pass'running

- contre-indication à la pratique de l'athlétisme pour les licences Athlé Santé.

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, des produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage.

Fait à : le

Cachet et signature du médecin :

[Retour sur le site de la Cd-chs 33](#)