

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur : .....

Demeurant à : .....

Certifie avoir examiné ce jour Mr / Mme / Melle : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... Demeurant à : .....

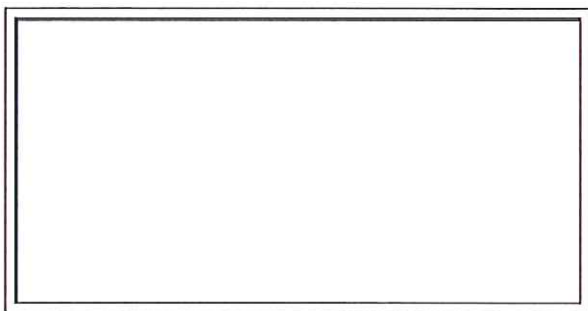
Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du sport  
suivant, en compétition : .....

hors compétition : .....

Mention des pathologies connues (allergies, épilepsie, pathologies cardiaques,  
diabète, etc...) : .....

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 et Signature du Médecin

Ce certificat médical, établi par le médecin de votre choix, doit être daté de moins de trois mois au moment de la demande de création ou de renouvellement de la Carte d'Adhérent.