

MARATHON | RELAIS MARATHON | SEMI MARATHON | 10 KM



CERTIFICAT MÉDICAL

MEDICAL CERTIFICATE / CERTIFICADO MÉDICO

Cf. Article 231-2-1 du Code du SPORT

Je, soussigné(e) Dr

I, the understanding doctor / El Dr.

Docteur en médecine, certifie que l'examen de M. /Mme

Certifies that the examination of Mr or Mrs. / Certifica que el examen de Don o Doña

Date de naissance __ / __ / ____

Date of birth / Nacido/a el

Ne révèle pas de contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition, de la course à pied en compétition ou du sport en compétition.

Does not disclose any apparent medical objection for taking part in running competitions, in athletics in competition nor any sport in competition / No presenta ninguna contraindicación para participar en una competición de atletismo o carrera pedestre.

Je l'informe de l'intérêt de déposer, le cas échéant, auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) une demande d'Autorisation d'Usage à fins Thérapeutiques en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage et visés par la procédure d'AUT.

I hereby declare having suggested asking for a "demande d'AUT" ("authorisation for therapeutic use") to the AFLD in case of use, albeit occasional or recreational, of products targeted by the AUT procedure and/or leading to positive reaction in the event of antidoping tests / Le informo de la necesidad de solicitar a la AFLD una AUT (Autorización de Utilización a Fines Terapéuticos) en caso de uso, incluso ocasional, de productos que puedan provocar un resultado positivo en un control antidopaje y de todo producto que necesite un protocolo AUT.

Certificat établi à Date / El __ / __ / ____

Certificate established in / En

| Signature du médecin <i>Doctor's signature / Firma</i> | Tampon du médecin <i>Doctor's stamp / Sello</i> |
|---|--|
| | |