



**Ultra Trail Puy Mary Aurillac**  
**17 Juin 2023**

**Certificat Médical**

**Pour la pratique du sport en compétition**

**Ce certificat doit être fourni lors de votre inscription**

Je soussigné docteur .....

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .....

Et avoir conclu en l'absence de contre indication à la pratique du sport en compétition (à l'exclusion des sports nécessitant un certificat spécifique à la pratique) en particulier l'athlétisme et la course à pied.

Je l'ai informé 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.

Pour les non licenciés pratiquant la course à pied en compétition ce certificat est valable un an. Pour la prise d'une licence dans un club d'athlétisme FFA ce certificat est valable 3 ans (sous réserve de répondre à un questionnaire médical fourni par la fédération).

Date : .....

Signature et adresse du médecin :

**Tampon (obligatoire)**  
(Numéro professionnel)