

## CERTIFICAT MÉDICAL

pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-2-2 du Code du Sport  
doit être daté de moins d'un an au jour de l'épreuve

Je soussigné, Docteur : .....

Adresse du cabinet : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Certifie avoir examiné ce jour :

Mr  Mme : .....

Né(e) le : .....

Demeurant : .....

Catégorie(s) dans l'année : .....

Et n'avoir constaté, à ce jour, aucune contre-indication à la pratique du Triathlon en compétition, ceci pour une durée d'un an.

Je l'informe de l'intérêt de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) une demande 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 obligatoire**



Remis en mains propres à la demande de l'intéressé.

Ce certificat médical, pris en application des articles L.231-2 et L.231-2-2 du Code du Sport, doit être délivré suivant la réglementation en vigueur. Ce certificat est valable une année (1 an) à compter de sa date de délivrance, et doit être établi par le médecin librement choisi par le sportif.