MARSEILLE CASSIS
marseille-cassis.com

# Certificat médical

*Medical certificate*

***Selon le décret/** As per decree*
***N° 2016-1157 du 24 août 2016***

**Je soussigné(e) ……..,**
*I undersign*
**Docteur en médecine certifie avoir examiné**
*Doctor of medicine, certify to have examined*

**M. / Mme ……**
*Mr./Mrs*

**Né(e) le : ……**
*Date of birth*

*:*

**Et avoir conclu à l'absence de contre-indication à la pratique du sport en compétition**
(À l'exclusion des sports nécessitant un certificat spécifique à la pratique) **et en particulier l'athlétisme et la course à pied.**
*And conclude that he / she is not suffering from illness or debilitating condition that would prevent him / her from sport and running in competition.*

**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'entrainer 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)**

**Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis en mains propres :**
*This Certificate, given by hand, is issued under request of the interested person and is issued to assert its right:*

A ……, le ……

**Signature du médecin**

**Cachet du médecin**