

CERTIFICAT MEDICAL (Licence Athlé Santé)

Je soussigné, Docteur : _____

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

Né(e) le : ____ / ____ / ____

Et n'avoir pas constaté de signes cliniques contre-indiquant la pratique HORS
COMPETITION de :

Marche Nordique – Remise en Forme

Fait à _____, le ____ / ____ / ____ (pas antérieur au 1^{er} mai 2017)

Cachet et signature du Médecin

CERTIFICAT MEDICAL (Licence Athlé Running)

Je soussigné, Docteur : _____

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

Né(e) le : ____ / ____ / ____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de la MARCHÉ
NORDIQUE EN COMPETITION.

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,
mêmes ponctuelles, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un
contrôle antidopage.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____ (pas antérieur au 1^{er} mai 2017)

Cachet et signature du Médecin