



**BLACK
MOUNTAIN TRAIL**



10KM / 450M D+
**MAS
NAFFRE**



20KM / 1 000 D+
**OBJECTIF
NORE**



40KM / 2 300 D+
**BLACK
RACE**



65KM / 3 600 D+
**COUPO
CAMBO**

CERTIFICAT MÉDICAL

POUR LA PRATIQUE DU SPORT EN COMPÉTITION

Je soussigné, Docteur.....

certifie avoir examiné ce jour Monsieur, Madame

Nom Prénom

Et avoir conclu en l'absence de contre indication à la pratique et notamment la course à pied y compris le trail du sport en compétition.

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)

Fait le à

....

Signature et cachet du médecin