



**BLACK  
MOUNTAIN TRAIL**



18KM / 1000M D+  
**OBJECTIF  
NORE**



33KM / 2100M D+  
**BLACK  
RACE**



55KM / 3600M 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