



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 du Pentathlon Moderne, de l'Athlétisme et du Triathlon en compétition.

Sur classement simple autorisé

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