



# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr.....

Docteur en médecine, certifie que l'examen de Mr /Mme.....

....., né (e) le ..... ne révèle pas de

contre-indication à la pratique du Triathlon en compétition.

---

Certificat établi à : .....

Date : .....

Signature du Médecin  
Tampon du Médecin