



## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr....., Docteur en médecine,  
certifie que l'examen de M / 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