



## CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_, Docteur en médecine,

Certifie que l'examen de M,Mlle,Mme \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

**Ne révèle pas de contre-indication à la pratique  
du triathlon en compétition.**

Certificat établi à : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature du médecin : \_\_\_\_\_

Tampon du médecin :