



## Certificat médical

A remplir par le médecin

Je soussigné(e) Docteur.....certifie que l'état de

Santé de Mr. /Mme./Mlle.....ne présente pas ce

Jour de contre-indication apparente à :

La pratique en **compétition** du Triathlon

A.....

Le.....

Signature et cachet obligatoire

**Certificat médical à joindre à votre formulaire**