



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr _____ ,
certifie que l'examen de M/Mme _____ ,
né le : ___ / ___ / ___
ne révèle pas de contre-indication à la pratique du triathlon en compétition.

Certificat établi à :

Date : _____

Nom du médecin : _____

Signature :

Tampon du médecin :

