

Certificat Médical

Je, soussigné Docteur

.....

Docteur en médecine, certifie que :

Mr, Mme, Melle.....

Né(e) le

Ne présente aucune contre-indication apparente à la **pratique du triathlon, y compris en compétition.**

Fait à :Le.....

Signature du médecin :

Tampon du médecin :