

## Certificat Médical

Je, soussigné Docteur .....

Docteur en médecine, certifie que : Mr, Mme .....

Né(e) le ..... Age : .....

Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du **Triathlon**  
en compétition.

A : ..... Le : .....

Tampon du médecin :

Signature du médecin :