



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*

La pratique à **l'entraînement uniquement** du Triathlon*

*(RAYER LA MENTION INUTILE)

A.....

Le.....

Signature et cachet obligatoire

Certificat médical à joindre à votre formulaire