



# CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_

Docteur en Médecine, certifie, après avoir examiné que

M / Mme \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

**ne révèle pas de contre-indication à la pratique  
du triathlon en compétition.**

Certificat établi à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

*Cadre réservé à l'organisateur*

**Epreuve**

**N° Dossard**

Signature et Cachet  
du Médecin