



CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné(e), _____

Docteur en Médecine, certifié, 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 ____ / ____ / ____

**Signature et Cachet
du Médecin**

Cadre réservé à l'organisateur

Epreuve

N° dossard

Certificat conforme à la loi n° 99-223 et à la circulaire n°13 du 21 avril 2008