



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 (mention obligatoire)**
- la pratique de la **natation en compétition** (épreuve natation Tri-Relais)
- la pratique du **cyclisme en compétition** (épreuve cyclisme Tri-Relais)
- la pratique de la **course à pied en compétition** (épreuve course à pied Tri-Relais)

Certificat établi à _____

Le ___ / ___ / _____

**Signature et Cachet du
Médecin**

Cadre réservé à l'organisateur

Epreuve

N° dossard