



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigne, Dr _____
certifie que l'examen de M/Mme _____

Date de naissance : _____ Age : _____

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

Certificat établi aⁱ : _____

Date : _____ Signature du medecin : _____

Tampon du médecin :

ⁱ Ce certificat est valable
1 ans – 1 jour

--	--