



## 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*