



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné _____,

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 à : _____

Date : _____ Signature du médecin : _____

Tampon du médecin :

