

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné Mme / Mlle / Mr

.....

Né(e) le :

Et ne pas avoir constaté ce jour de signes cliniques apparents contre indiquant la pratique :

- Du Triathlon, des sports enchainés, en compétition.
- Du Cyclisme, VTT, en compétition.
- De la Course à Pied, Trail en compétition.
- De la Natation en eau libre en compétition.
- Du Sport en compétition.

Fait à
Le

Cachet du médecin :

Signature du médecin :

