

# 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 et des sports enchainés, en compétition.
- Du Cyclisme, VTT, en compétition.
- De la Course à Pied et du Trail en compétition.
- De la Natation en eau libre et en bassin en compétition.

Fait à

Le

Cachet du médecin :	Signature du médecin :
---------------------	------------------------

