



CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), _____

Docteur en Médecine, certifie que l'état de santé de

M/Mme _____

Né(e) le ____/____/____

ne présente pas ce jour de contre-indication apparente à :

- la pratique du triathlon en compétition
- la pratique de la natation en compétition (épreuve natation - Tri relais)
- la pratique du cyclisme en compétition (épreuve cyclisme - Tri relais)
- la pratique de la course à pied en compétition (épreuve course à pied - Tri relais)
- la pratique du duathlon/triathlon en compétition (épreuve kids)

Certificat établi à _____

Le ____/____/____

Cadre réservé à l'organisateur

Epreuve :

N° dossard :

Signature + cachet du médecin
(obligatoire)