



## Certificat Médical

Je soussigné, Dr ....., Docteur en  
Médecine, certifie que l'examen de M/Mme.....,  
ne(e) le ..... ne relève pas de contre  
indication à la pratique du triathlon en compétition.

Certificat établi à : .....

Date : .....

Tampon et signature du médecin