

Certificat Médical

Je soussigné, Docteur : _____

Demeurant à : _____

Certifie avoir examiné ce jour Mr / Mme / Melle :

Né (e) le : ____ / ____ / ____

Demeurant à : _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du triathlon, y compris en compétition.

Fait à _____, le ____ / ____ / 20__

Signature du médecin

Cachet du Médecin