



Certificat médical

A remplir par le médecin

Je soussigné(e) Docteur, certifie que l'état de santé de Mr. / Mme / Mlle ne présente pas ce jour de contre-indication apparente à :

- ☐ La pratique **en compétition** du Triathlon, du Duathlon, ou des disciplines enchaînées*
- ☐ La pratique **à l'entraînement uniquement** du Triathlon, du Duathlon, ou des disciplines enchaînées*

***(RAYER LA MENTION INUTILE)**

A

Le

Signature et cachet obligatoires