



## 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 en compétition (épreuve kids)

Certificat établi à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Cadre réservé à l'organisateur*

Epreuve :

N° dossard :

**Signature + cachet du médecin**  
**(obligatoire)**