

NOM DE L'ÉPREUVE



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr _____, Docteur en médecine,
certifie que l'examen de Mr/Mme _____,

Date de naissance : _____ . Age : _____,

ne révèle aucune contre-indication à la pratique, en compétition, de la course à pied et de la natation ou du Triathlon.

Certificat établi à :

en date du :

Signature et Tampon du médecin