Corbeil-Essonnes
Triathlon

Certificat Médical

Je soussigné(e), Docteur .....

exerçant à .....

certifie avoir examiné ce jour Monsieur / Madame / Mademoiselle

.....

Né(e) le : ..... / ..... / .....

demeurant à .....

et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique

□ du triathlon / natation / cyclisme / course à pied[1] et des sports suivants[2], y compris en compétition

.....

.....

.....

.....

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

[1] Le cas échant, rayer la ou les mention(s) inutile(s)

[2] Le cas échant, compléter la liste des sports ne faisant pas l'objet d'une contre-indication

Signature du Médecin	*Cachet du Médecin*