



# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Dr.....,  
(I hereby)

Docteur en médecine, certifie que l'examen de Mr / Mme.....,  
(Doctor of Medicine, certifies that the examination of Mr / Mrs)

né(e) le....., ne relève pas de contre-indication médicale à la pratique  
(born the) (doesn't reveal any indication against the practice)

du triathlon en compétition.  
(of triathlon in competition).

Date: .....  
(Date) :

Signature du médecin  
(Signature of the doctor)

Tampon du Médecin  
(Stamp of the doctor)