

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE D'UN SPORT

Je soussigné(e),

Docteur :

Demeurant :

.....

.....

Certifie avoir examiné :

Nom:

Prénom:

Né(e)le:

Demeurant :

.....

.....

Et n'avoir pas constaté à la date de ce jour des signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du Triathlon en compétition.

Fait à :

Le :

Cachet du Médecin

Signature du Médecin

--	--