

## **Certificat médical d'aptitude**

**NOM :** .....**PRENOM :**.....

**ADRESSE :** .....

**Date de naissance :** .....

**Je soussigné, docteur en médecine, certifie que l'athlète susmentionné ne présente pas de contre-indication à la pratique du triathlon, duathlon et aquathlon en compétition.**

**DATE**

**Nom et signature du médecin**

**Cachet du médecin**