

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