



## CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_

Docteur en Médecine, certifie, après avoir examiné que

M. / Mme \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

ne révèle pas de contre-indication à :

- la pratique du sport en compétition (mention obligatoire)
- la pratique de la natation en compétition (épreuve natation Tri-Relais)
- la pratique du cyclisme en compétition (épreuve cyclisme Tri-Relais)
- la pratique de la course à pied en compétition (épreuve course à pied Tri-Relais)

Certificat établi à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature et Cachet du  
Médecin**

*Cadre réservé à l'organisateur*

Epreuve

N° dossard