



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr _____, Docteur en médecine, certifie que
l'examen de M/Mme _____ né(e) le :
_____ ne révèle aucune contre-indication à la pratique :

- Du cyclisme en compétition
- Du triathlon en compétition
- De la course à pied en compétition.

Certificat établi à : _____ Le : ___ / ___ / 2015

Signature et cachet du médecin :



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr _____, Docteur en médecine, certifie que
l'examen de M/Mme _____ né(e) le :
_____ ne révèle aucune contre-indication à la pratique :

- Du cyclisme en compétition
- Du triathlon en compétition
- De la course à pied en compétition.

Certificat établi à : _____ Le : ___ / ___ / 2015

Signature et cachet du médecin :