



**CERTIFICAT MÉDICAL
DE NON CONTRE-INDICATION
À LA PRATIQUE DU SPORT
EN COMPÉTITION**

Je soussigné(e),

Docteur

Certifie avoir examiné

Mme, Mlle, Mr

Né(e) le :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du ou des sport(s) suivant(s) à l'entraînement et en compétition :

Triathlon / Course à pied / Vélos / Natation

Observations :

.....

.....

.....

A

Le

Signature

Cachet
