



FÉDÉRATION
FRANÇAISE DE
TRIATHLON

Certificat médical

A remplir par le médecin

Je soussigné(e) Docteur, certifie que l'état de
santé de Mr. / Mme / Mlle ne présente pas ce
jour de contre-indication apparente à :

La pratique en **compétition** du Triathlon*

La pratique à l'**entraînement uniquement** du Triathlon*

*(RAYER LA MENTION INUTILE)

A

Le

Signature et cachet obligatoires