



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