

Nom de la course :

## CERTIFICAT MEDICAL (Medical Certificate)

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_, Docteur en médecine,  
*I, the undersigned Dr. M.D. (medical doctor),*

Certifie que l'examen de M, Mlle, Mme \_\_\_\_\_  
*Certify that the examination of Mr., Miss, Ms.*

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_  
*Date of birth : Age :*

**Ne révèle pas de contre-indication à la pratique du triathlon en compétition.**  
*Reveals no contra-indication to the practice of triathlon in competition.*

Certificat établi à : \_\_\_\_\_  
*Certified at :*

Date: \_\_\_\_\_ Signature du médecin : \_\_\_\_\_  
*Date : Signature of physician :*

Tampon du médecin :