



**A compléter par le médecin (EN MAJUSCULES SVP) !**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ ,

docteur(e) en médecine, certifie avoir examiné

M/Mme \_\_\_\_\_

né(e) le \_\_\_\_\_

et avoir constaté, à la date de ce jour, l'absence de signe clinique apparent contre-indiquant **la pratique et la compétition du triathlon/duathlon, course à pied, cyclisme et épreuves Multisports associées** (combinaison de différentes disciplines : natation, cyclisme et course à pied).

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis en mains propres le \_\_\_\_\_ .

Fait à \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin prescripteur

