



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, du Duathlon, ou des disciplines enchaînées\*

La pratique à **l'entraînement** du Triathlon, du Duathlon, ou des disciplines enchaînées\*

\*(RAYER LA LIGNE INUTILE)

A .....

Le .....

Signature et cachet obligatoires

**Certificat médical à joindre à votre formulaire de licence**