



TRIATHLON

CERTIFICAT MEDICAL

de non contre-indication à la pratique du triathlon en compétition

Pour les concurrent(e)s non licenciés

OU PHOTOCOPIE LICENCE FFTRI 2019

A remplir par le/la participant(e)

Nom :

Prénom :

Né (e) le : à :

Adresse :

Code postal : Ville :

A remplir par le médecin

Je soussigné Docteur

M, Mme, Mlle

contre-indication médicale à la pratique du triathlon en compétition

certifie avoir examiné ce jour

et n'avoir constaté aucune

Fait à

Le

Signature et cachet du médecin