

CERTIFICAT MEDICAL

A remplir par le médecin

Je soussigné(e) Docteur _____ ,

certifie que l'état de santé

de Mr / Mme / Mlle * _____ ,

ne présente pas à ce jour de contre-indication apparente à la pratique du
Duathlon en compétition

A _____ LE ___ / ___ / _____

Signature et cachet obligatoires