

# CERTIFICAT MÉDICAL

de non contre-indication à la pratique du Triathlon distance Ironman en Compétition

## *MEDICAL CERTIFICATE*

*of Ironman distance Triathlon Competition non contra indication*

Je soussigné, Docteur

*I, the signing medical doctor*

Certifie que Mr, Mme, Mlle

*Certify that Mr, Mrs, Miss*

Né(e) le

*Born*

**Ne présente pas de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du triathlon longue distance en compétition (après examen médical à la date de ce jour)**

***Has undergone a medical examination and does not present any indication against the practise of competitive long distance triathlon.***

Fait à

*Place*

Le

(non valide si daté de plus d'un an au jour de la course)

*Date*

(not valid if older than 1 year at race day)

Signature et cachet

*Signature and stamp*