

CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE
pour les Activités Sportives
COMPULSORY MEDICAL CERTIFICATE
for sport

Je soussigné, _____ Docteur en médecine
I, the undersigned Doctor of medicine

certifie que M, Melle _____
certify that Mr, Ms

ne présente aucune contre-indication à la pratique de la course à pied (ou athlétisme), le cyclisme, la natation ou le triathlon en compétition
does not present contraindication to the practice of running (or athletics), cycling, swimming or triathlon in competition

Le _____
Date

Signature et cachet du médecin
(obligatoire ou n° d'inscription à l'ordre des médecins)
Doctor's signature and stamp (compulsory)