

# Certificat Médical

Je, soussigné Docteur .....

Docteur en médecine, certifie que : Mr, Mme .....

Né(e) le ..... Age : .....

Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du **Duathlon** en compétition.

A : .....

Le : .....

Signature du médecin :

Tampon du médecin :