

Document relatif au triathlon de Seneffe

A compléter par le Médecin (EN MAJUSCULES SVP)

Je soussigné(e) _____, Docteur en médecine,
certifie avoir examiné

M/Mme _____,

né(e) le _____,

et avoir constaté, à la date de ce jour, l'absence de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du Triathlon/Duathlon ou épreuves Multisports (Combinaison de différentes disciplines : natation, cyclisme et course à pied)

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis en mains propres le _____,

Fait à _____, le _____,

Signature et cachet du médecin prescripteur