

## Medical Certificate for foreign athletes

### Certificat médical pour les étrangers

#### COMPETITIVE SPORT ACTIVITY ACTIVE' SPORTIVE COMPETITIVE

I, the undersigned, Dr.  
Je, soussigné Dr.

, Doctor of Sport Medicine  
, Docteur en médecine du sport

---

#### CERTIFY THAT

Name & Surname:  
Nom & Surnom:

---

Date of birth:  
Date de naissance:

In:  
Dans:

---

Resident in:  
Résider dans:

In:  
Dans:

---

The sujet, according to the clinical investigation carried out, does not present any contraindication related to activity of competitive Triathlon.

Le sujet, selon l'investigation clinique réalisée, ne présente aucune contre-indication liée à l'activité de Triathlon compétitif.

This certificate is valid one year as from today.

Ce certificate est valable un an à compter d'aujourd'hui.

Expiration date (mandatory!):

Date d'expiration (obligatoire!):

---

Release date (mandatory!):

Date de sortie (obligatoire!):

---

Place:

Lieu:

---

Doctor stamp and signature:

Tampon et signature du Médecin:

---