

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 certificat 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:
