

BACK To SPORT

Certificat médical handisport

Je soussigné(e), Docteur _____

CERTIFIE AVOIR EXAMINE CE JOUR :

Nom et Prénom : _____

Date de naissance : __/__/____

Sexe : Masculin Féminin

Et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION à la pratique sportive des sports de triathlon adaptés (course à pied, vélo, natation)

de compétition de loisir

Remarques restrictives éventuelles : _____

Cachet professionnel :

Signature du médecin :