

# Attestation Médicale<sup>1</sup>

5<sup>e</sup> Triathlon EDF ALPE D'HUEZ

Je soussigné(e) Docteur .....

certifie avoir examiné ce jour M<sup>r</sup> / M<sup>e</sup> / M<sup>lle</sup> .....

et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique contre-indiquant la pratique du Triathlon en compétition.

Fait à .....

Le .....

Signature et cachet obligatoires

1- Afin de valider l'inscription, il faudra vous munir d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique du triathlon en compétition datant de moins d'un an au jour de la course, à renvoyer à l'adresse suivante :

Cyrille Neveu,  
6 Chalet du Grand Broue  
38750 - Huez - France (adresse postale de l'organisation)