



LEGMI
RACE

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur,
docteur en médecine, certifie que l'examen médical de l'état de santé de
Monsieur. / Madame. /.....
Né(e) le :...../...../..... Et donc âgé(e) deans.

**Le patient ne présente à ce jour aucune contre-indication à la pratique de
l'ultra-triathlon, comprenant les activités physiques suivantes :**

- Natation (4km);
- Cyclisme (380km);
- Marche (100km).

Le

À

Signature et cachet obligatoires

Ce certificat n'est valable que pour une année.