



Fédération luxembourgeoise de triathlon  
Membre I.T.U. / E.T.U. – C.O.S.L

---

*Certificat médical*  
( à renvoyer par l'athlète au club )

---

Le présent certificat ne peut être rempli que par le médecin d'un centre médico-sportif agréé (voir liste en annexe)

NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

CLUB : .....

LICENCE N° ( à remplir par la FLTRI ) .....

Le médecin examinateur certifie à ce jour et à ce stade de l'examen que

M/Mme/Melle.....

athlète demandeur ne présente pas de contre-indication à la pratique du triathlon.

Date :

Nom du médecin :

Signature:

Cachet du médecin médico-sportif