



CERTIFICAT MEDICAL

Ce dossier est confidentiel et est obligatoire pour tous les participants

Il doit être remis au responsable médical, le jour de l'arrivée.

NOM :

Prénom :

Age : Taille : Poids :

Je soussigné docteur : Téléphone :

Adresse :

Certifie que Mr / Mme / Melle :

Né(e) le : dont le groupe sanguin est :

Présente un examen clinique normal, une pression artérielle de :

Une fréquence cardiaque au repos de :/mn

et ne présente aucune contre-indication médicale à participer à une compétition de course à pied ou en marche (environ 130km et 2000D+ en 5 étapes).

Note : Pour les coureurs, il est recommandé de faire pratiquer un électrocardiogramme de repos et après 40 ans, un électrocardiogramme d'effort.

Fait à : Le : / / Signature et cachet :

Je soussigné, nom, prénom :

Allergie(s) :

Antécédents médicaux, chirurgicaux :

Traitement médical en cours :

Je certifie exacts les renseignements ci-dessus.

Fait à : Le : / / Signature