

# CERTIFICAT MEDICAL

Obligatoire



Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_ certifie avoir examiné ce jour

M/Mme/Melle \_\_\_\_\_

né(e)le \_\_\_\_\_

demeurant \_\_\_\_\_

Je déclare avoir pris connaissance de ses antécédents médicaux et stipule que le sujet ne présente pas de contre-indications médicales pour sa participation à l'événement « Ultra Trail La Saharienne » en compétition (course à pied) sur le territoire Tchadien sous des conditions climatiques pouvant être difficiles.

Course à pied en compétition en quatre étapes de :

- Etape 1** : Distance +/- 40 KM
- Etape 2** : Distance +/- 40 KM - Cumulé : 80 KM environ
- Etape 3** : Distance +/- 40 KM - Cumulé : 120 KM environ
- Etape 4** : Distance +/- 40 KM – **Cumulé : ULTRA TRAIL 160 KM**

Groupe sanguin : \_\_\_\_\_

Traitement médical habituel ou en cours : \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_

**Signature et cachet du médecin**