



Certificat médical 2020

Je soussigné docteur
Certifie avoir examiné ce jour

Nom: Prénom: Né(e) le :,
avoir pris connaissance de la course à laquelle va participer mon patient et n'avoir constaté aucune contre-indication apparente à la pratique de la course à pied en compétition, et en particulier aucune pathologie cardio-respiratoire, ni aucune lésion évolutive, tant musculotendineuse qu'articulaire au niveau des membres inférieurs, contre-indiquant une activité physique de longue durée.

Date, Cachet obligatoire et signature du médecin

Déclaration sur l'honneur du trailer

Je, soussigné(e) déclare sur l'honneur :

1. ne pas prendre de produit dopant pour participer au Trail Côte d'Opale en Pas-de-Calais,
2. accepte le règlement de la course du Trail Côte d'Opale en Pas-de-Calais,
3. être conscient de la longueur et de la spécificité de cette épreuve qui se déroule en milieu naturel
4. m'engager à conserver avec moi la totalité de l'équipement obligatoire pendant toute la durée de la course
5. m'être renseigné sur les contre-indications médicales qui pourraient me concerner et, en conséquence, dégager l'organisation de toute responsabilité en cas de problème médical pouvant survenir pendant l'épreuve,

Date & signature du coureur