



**CERTIFICAT MEDICAL**  
**14<sup>ème</sup> édition UTOP MADAGASCAR**  
**12-13-14 mai 2023**

Je soussigné Dr.....

Adresse du cabinet : .....

Code Postal : ..... Ville.....

Pays : .....

Téléphone : .....

Certifie :

1. Avoir examiné Mr/Mme : ..... [nom, prénom]

Né(e) le ..... [Date de naissance]

2. N'avoir constaté ce jour aucune contre-indication médicale à la pratique d'une activité physique de longue distance en montagne et à sa participation à la course suivante (Cocher la case correspondante):

- Le Canal+ Ultra Trail (Solo-Duo) – 126km, 5680m D+, 34h maximum
- Le MCB Semi Trail – 70 km, 3040m D+, 18h30 maximum
- Le COLAS X-TRAIL – 40 km, 2070m D+, 10h maximum
- Le ORANGE T-Rail – 35 km, 1099m D+, 9h maximum
- Le RADISSON BLU 6-TRAIL – 22k m, 800m D+, 7h maximum
- Le ARBIOCHEM GROUP FUN RUN - 10 km
- Le LFT ZAZA TRAIL - 5 km

Fait à ..... le.....

[Signature et cachet du médecin (avec ONM)]

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR DU COUREUR/accompagnateur**

Je soussigné (e), Mr/Mme .....

[nom, prénom]

Déclare sur l'honneur :

- Ne pas prendre de produits dopants pour participer à cette épreuve
- Avoir été informé(e) de la distance et des spécificités de cette course

.....[Date] Fait à ..... [Lieu], le

Signature