UTOP Edition 202312-13-14 mai 2023

**CERTIFICAT MEDICAL**

**14ème 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]

1. 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

Fait à ………………………….. [Lieu], le ……………………………………….[Date]

Signature