



CERTIFICAT MEDICAL
15^{ème} édition UTOP MADAGASCAR
10-11-12 mai 2024

Je soussigné Dr.....

Adresse du cabinet :

Code Postal : Ville.....

Pays : Téléphone :

Certifie :

1. Avoir examiné Mr/Mme :

2. Né(e) le

3. 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):

- CANAL+ Ultra (Solo) – 126km, 5685m D+, 38h max
- EAU VIVE MASTER CHALLENGE – 130km, 5933m D+, 36h30 max
- CORSAIR X-TREM – 56km, 2640m D+ , 16h30 max
- MCB Semi – 70 km, 3045m D+, 18h30 max
- MIARAKAP CHALLENGE – 57km, 1965m D+,16h max
- COLAS X-TRAIL – 38 km, 2070m D+,10h30 max
- ORANGE T-Rail – 35 km, 1224m D+, 10h max
- RADISSON BLU 6-TRAIL – 22 km, 741m D+, 6h30 max
- ARBIOCHEM FUN RUN - 10 km
- LFT ZAZA TRAIL - 5 km

Fait à le.....

ATTESTATION SUR L'HONNEUR DU COUREUR/accompagnateur

Je soussigné (e), Mr/Mme

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 , le
Signature