



CERTIFICAT MEDICAL
16^{ème} édition UTOP MADAGASCAR

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):

- CANAL + ULTRA TRAIL** : 135 km, 5 670m D+, 40h max
- EAU VIVE MASTER CHALLENGE** :135 km, 5 670m D+, 38h max
- MCB SEMI TRAIL** : 70 km, 3 345m D+, 18h 30 max
- CORSAIR XTREM** : 65 km, 2 325m D+, 19h30 max
- COLAS** Tour du Lac Mantasoa : 48 km, 1 350m D+, 16h30 max
- ORANGE T. Rail** : 35 km, 1 276m D+, 9h max
- MIARAKAP RUN&BIKE** : 48 km, 1 350m D+, 16h30 max
- Para-Trail : 60 km, 20h30 max
- RADISSON BLU 6TRAIL** :22 km, 741m D+, 06h 30max
- ARO TBIKE** : :30 km, 960m D+, 07h 30max
- ARBIOCHEM GROUP FUN RUN** : 10 km - 03h max
- LFT ZAZA TRAIL** : 1km – 3 km - 5 km

Fait à le.....

[Signature et cachet du médecin (avec ONM)]

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 [Lieu], le[Date]

Signature