

185 km non stop 100 km en 3 étapes 83 km en 3 étapes 60 km en 3 étapes

Nom :

Prénom :

Date de naissance :
/ /

Nationalité :

Langues parlées :

Signature du participant :

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Traitement médical récent ou habituel :

Certificat médical 2025

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 musculo- tendineuse qu'articulaire au niveau des membres inférieurs, contre indiquant une activité physique de longue durée.

Date, Cachet obligatoire et signature du médecin