JORDAN RUNNING ADVENTURE RACE

Informations médicales pour le Médecin de la course

☐ 180 km non stop ☐ 100 km en 3 étapes ☐ 60 km en 3 étapes

Nom : ……

Prénom : ……..

Date de naissance : / /

Nationalité :

Langues parlées :

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Traitement médical récent ou habituel :

Certificat médical 2023

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 :

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus.
Fait à : le : / /
Signature du participant :