



DOSSARD N°

Cadre réservé à l'organisation

Ultra Tour du Pays de Vitre
Dimanche 3 juin 2018
CERTIFICAT MEDICAL

**De non contre-indication à la pratique du canoë, du VTT et
de la course à pied en compétition**

Je soussigné Docteur Tel. Cabinet.....

Adresse

Code Postal.....Ville.....Pays.....

CERTIFIE AVOIR EXAMINE CE JOUR, MADAME, MADEMOISELLE, MONSIEUR (*raier les
mentions inutiles*)

NOM.....PRENOM.....NE (E) LE...../...../19.....

Et n'avoir constaté aucune contre-indication médicale à sa participation à l'Ultra Tour du
Pays de Vitre dont les spécificités sont les suivantes :

- 5 kms de canoë
- 22 kms de course à pied
- 30 kms de VTT
- 13 kms de Run and Bike (course à pied + VTT)

Et en particulier, de n'avoir décelé aucune affection cardio-respiratoire contre-indiquant la
pratique d'une activité physique d'endurance, ni aucune lésion évolutive, tant musculo-
tendineuse qu'articulaire.

DATE, CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN

Important

**Aucun concurrent inscrit ne
pourra recevoir son dossard et
prendre le départ de la course
sous couvert de l'organisation de
l'Ultra tour sans la production de
ce certificat dûment rempli et
muni des références du médecin
examineur.**

CERTIFICAT MEDICAL A RETOURNER LORS DE L'INSCRIPTION
Ultra Tour Vitre Communauté
16 bis Bd des Rochers
BP 20613
35506 VITRE Cedex