



DOSSARD N°

Cadre réservé à l'organisation

Ultra Tour du Pays de Vitré  
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 Vitré 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**