



DOSSARD N°

Ultra Tour du Pays de Vitré
Dimanche 16 juin 2024

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 (*rayez les mentions inutiles*)

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

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 kayak
- 25 kms de course à pied (14km+6km+5km)
- 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 examinateur.

CERTIFICAT MEDICAL A RETOURNER LORS DE L'INSCRIPTION

Ultra Tour Vitré Communauté
16 bis Bd des Rochers
BP 20613
35506 VITRE Cedex