



DOSSARD N°

Ultra Tour du Pays de Vitre
Dimanche 7 juin 2026

CERTIFICAT MEDICAL

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

Je soussigné(e) Docteur Tel.
Cabinet

Adresse
.....
.....

Code Postal Ville
Pays.....

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

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

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

5 kms de kayak
29 kms de course à pied (22+7km)
25 kms de VTT
15 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 médical ou
de la complétude du Formulaire Info
Santé de la Fédération Française de
Triathlon.

CERTIFICAT MEDICAL A RETOURNER LORS DE L'INSCRIPTION

Ultra Tour du Pays de Vitre
Service des sports - Vitre Communauté
16 bis Bd des Rochers
BP 20613
35506 VITRE Cedex