



CERTIFICAT MÉDICAL

Certificat médical de **NON-CONTRE-INDICATION** à la pratique des courses de montagne d'ultra-endurance.

Comme leur nom l'indique, il s'agit de courses qui exigent une endurance extrême de la part du coureur, poussant son corps à ses limites sur les plans cardiaque, respiratoire, musculaire, articulaire, nerveux et de l'utilisation des substrats énergétiques.

Le Dr _____, domicilié à _____, téléphone de contact _____ et numéro d'inscription à l'Ordre _____,

CERTIFIE:

Avoir examiné ce jour _____, titulaire de la pièce d'identité n° _____, né(e) le _____, et n'avoir constaté aucune contre-indication médicale, le/la déclarant par conséquent **APTE** à la pratique du type de courses mentionnées ci-dessus.

SIGNATURE ET CACHET DU MÉDECIN:

____ / ____ / 20____

Date de délivrance du certificat.

(valable 12 mois à compter de la date de délivrance)