



# CERTIFICAT MÉDICAL

Ultra Trace de Guadeloupe

Du 07 AU 09 MARS 2025

## DECLARATION SUR L'HONNEUR DU COUREUR

Je soussigné(e) :

- Ne pas prendre de produits dopants pour participer à cette course
- Être informé(e) de la longueur et des spécificités de cette épreuve qui se déroule en montagne, dans des conditions environnementales pouvant être très difficiles, nécessitant un très bon entraînement et une réelle capacité d'autonomie personnelle.
- Avoir sensibilisé le médecin qui rédige le certificat médical ci-dessous des spécificités de l'épreuve et lui avoir signalé toutes les informations médicales me concernant.
- Avoir pris connaissance des conditions d'assistance médicale (art. 10 du règlement).

Fait à :

Date :

Signature :

### CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné Docteur : .....

Adresse du cabinet :

.....  
.....

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

Certifie :

1- Avoir examiné Mr / Mme / Melle : NOM :.....

PRÉNOM :..... Né(e) le : ..... / ..... / .....

2 - N'avoir constaté ce jour aucune contre-indication médicale à la pratique d'une activité physique de très longue distance en montagne et à sa participation à l'ULTRA TRAIL.

Date :

CACHET OBLIGATOIRE :

Fait à :

SIGNATURE du Médecin :

### **IMPORTANT :**

L'ATTRIBUTION DU N° DE DOSSARD EST SOUMISE A LA PRODUCTION DE CE CERTIFICAT. Aucun concurrent inscrit ne pourra recevoir son dossard et prendre le départ sous couvert de l'Association TANBOU RANDO sans la production de ce certificat dûment rempli, dater de moins de trois mois à la date de la course, et à expédier **AU PLUS TARD LE 22/02/2023** à : Association Tanbou Rando – 725, Chemin de la Blonde – 97170 Petit-Bourg Ou après l'avoir scanné, en l'envoyant par mail à [tanbou.rando@outlook.fr](mailto:tanbou.rando@outlook.fr).