

ORGANISATEUR



ULTRAMAD

Du 3 au 10 juillet 2026

3 étapes • 148 km • 5 860 m de D+

GOLD SPONSOR



Ce dossier est confidentiel et est obligatoire pour tous les participants
Il doit être remis au responsable médical, le jour de l'arrivée.

1. IDENTITÉ DU PATIENT :

- Nom :
- Prénom :
- Âge : ans
- Taille : cm
- Poids : kg
- Date de naissance : / /
- Groupe sanguin :

PHOTO

2. IDENTITÉ DU MÉDECIN

Je soussigné(e), Docteur,

- Adresse professionnelle :
- Téléphone :

certifie avoir examiné ce jour :

☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle

Nom et Prénom :

3. CONSTATATIONS MÉDICALES

L'examen clinique est **normal** et met en évidence :

- Pression artérielle :
- Fréquence cardiaque au repos : battements / minute

Le (la) patient(e) **ne présente aucune contre-indication médicale** à la pratique de la **course à pied en compétition**, incluant une épreuve par étapes d'environ **148 km** avec **5 860 mètres de dénivelé positif**, répartie en **3 étapes**, en **moyenne et haute montagne**.



4. DÉCLARATION DU PATIENT

Je soussigné(e), **Nom et Prénom** :

- **Allergie(s) connue(s) :**

.....

- **Antécédents médicaux et chirurgicaux :**

.....

.....

- **Traitement médical en cours :**

.....

Je certifie exacts les renseignements ci-dessus.

5. VALIDATION

Fait à

Le / /

Signature et cachet du médecin

Signature du patient

Certificat établi conformément aux règles déontologiques médicales en vigueur.