

LE CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Dr _____

(adresse : _____),

certifie que Mme / Mr _____ ,

né(e) le _____ ,

présente un examen clinique normal, et ne présente aucune contre-indication médicale pour participer à une compétition de course à pied en environnement vallonné et humide, d'une distance de :

CUBA MOUNTAIN TRAIL
150 KM en 5 étapes



Poids : _____ Taille : _____

Pression artérielle au repos : _____ Fréquence cardiaque : _____ /min.

Antécédents médicaux et chirurgicaux

Traitement médical habituel ou en cours

Allergies

Facteurs de risque cardio-vasculaire - à renseigner

- Infarctus du myocarde avant l'âge de 55 ans chez le père ou 65 ans chez la mère A.V.C. d'un parent proche avant l'âge de 45 ans
- Antécédent de mort subite (mort inexpliquée) d'un proche avant 45 ans
- Tabagisme
- Diabète
- Hypertension artérielle
- Hypercholestérolémie
- Obésité (IMC > 30) ou surpoids (IMC = 25-30)

Si une icône est cochée, une surveillance encore plus importante sera effectuée par l'équipe médicale du TREG.

Mme / Mr _____

- qui s'est inscrit à la course et a moins de 40 ans, a fourni un électrocardiogramme au repos datant de moins de deux ans avant le départ de la course qui ne présentait aucune anomalie.
- qui s'est inscrit à la course et qui a plus de 40 ans, a fourni une épreuve d'effort datant de moins de trois ans avant le départ de la course qui ne présentait aucune anomalie.

Fait à _____ le _____

Docteur _____



Tampon du médecin et signature