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 désert, d'une distance de :

ULTRA ALGÉRIA TRAIL 180 KM	ALGÉRIA TRAIL 90 KM	ALGÉRIA MARATHON 45 KM	RELAIS 180 KM	RELAIS 90 KM
☐	☐	☐	☐	☐

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 de 45 km ou à l'un des relais ou 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 de 90 ou 180 km 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