

# 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 méditerranéen, d'une distance de :

## DALMATIAN ISLAND TRAIL

**125 KM - 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 par

- 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 inexplicquée) 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.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Docteur \_\_\_\_\_



*Tampon du médecin et signature*