



## ATTESTATION DU MEDECIN

Je soussigné Docteur.....

Demeurant.....

Inscrit au conseil de l'ordre sous le numéro.....

certifie avoir examiné à ce jour :.....

et déclare qu'elle / il ne présente pas de contre-indication à la pratique en compétition de la course à pied en milieu naturel sur 5 étapes de 40 km (environ) avec des dénivelés de 1500 m positifs (environ) sur le Costa Rica Ultra Trail, la Transtica qui se déroule au Costa Rica.

Lieu et date :

Signature et cachet.

**Attention :**

Le certificat médical doit dater de moins de trois mois avant la date d'inscription

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom : .....Prénom : .....

Adresse : .....

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

Date de naissance : ...../...../.....

Sexe :  féminin  masculin

Taille : ..... Poids : .....Groupe Sanguin.....

Antécédents médicaux : Avez-vous eu des problèmes médicaux ayant nécessité des examens approfondis, traitements prolongés, hospitalisations même brèves ?

.....  
.....

Antécédents chirurgicaux : Avez-vous déjà été opéré et/ou anesthésié, si oui quand et pourquoi ?

.....  
.....

Antécédents allergiques :

.....  
.....

Traitement en cours : Prenez vous des médicaments actuellement, si oui lesquels ?

.....  
.....

Portez-vous ?

- Des lunettes :  Oui  Non
- des lentilles de contact :  Oui  Non
- Une prothèse :  Oui  Non

**Suivez-vous un régime alimentaire** :  Oui  Non

Si oui lequel : .....



Êtes-vous à jour de vos vaccinations ?

- DT Polio :  Oui Date .....
- Non
- Hépatite A :  Oui Date .....
- Non
- Hépatite B :  Oui Date .....
- Non

Avez-vous des notions de secourisme ?

- Oui Quel niveau ? .....
- Non

REMARQUES EVENTUELLES :

.....  
.....

EN CAS D'ACCIDENT :

Contrat rapatriement, évacuation sanitaire N°

.....

Nom de votre compagnie d'assurance : ..... N° de tel

.....

Nom de votre médecin personnel : ..... N° de tel

.....

Personnes à contacter en cas d'urgence : ..... N° de tel

.....

Mention manuscrite à apposer " Certifié sincère et véritable"

Fait le

Signature