



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 20 à 25 km (environ) avec des dénivelés de 700 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