

ORGANISATEUR



3<sup>e</sup> ÉDITION

# MADA NOSY TRAIL

Du 11 au 19 septembre 2026

5 étapes • 95 km • 1 850 m de D+

Ce dossier est confidentiel et est obligatoire pour tous les participants  
Il doit être remis au responsable médical, le jour de l'arrivée.

PHOTO

## 1. IDENTITÉ DU PATIENT :

- Nom : .....
- Prénom : .....
- Âge : ..... ans
- Taille : ..... cm
- Poids : ..... kg
- Date de naissance : ..... / ..... / .....
- Groupe sanguin : .....

## 2. IDENTITÉ DU MÉDECIN

Je soussigné(e), Docteur .....,

- Adresse professionnelle : .....
- Téléphone : .....

certifie avoir examiné ce jour :

Monsieur  Madame  Mademoiselle

Nom et Prénom : .....

## 3. CONSTATATIONS MÉDICALES

L'examen clinique est **normal** et met en évidence :

- Pression artérielle : .....
- Fréquence cardiaque au repos : ..... battements / minute

Le (la) patient(e) ne présente aucune contre-indication médicale à la pratique de la course à pied en compétition, incluant une épreuve par étapes d'environ 95 km avec 1 850 mètres de dénivelé positif, répartie en 5 étapes, en moyenne et haute montagne.

#### 4. DÉCLARATION DU PATIENT

Je soussigné(e), Nom et Prénom : .....

• Allergie(s) connue(s) :

.....

• Antécédents médicaux et chirurgicaux :

.....

• Traitement médical en cours :

.....

Je certifie exacts les renseignements ci-dessus.

---

#### 5. VALIDATION

Fait à .....

Le .... / .... / .....

Signature et cachet du médecin

Signature du patient

---

*Certificat établi conformément aux règles déontologiques médicales en vigueur.*

---



infos@tsdmada.com



+261 34 15 441 23



madanosytrailsmadagascar



www.madanosytrails.com