

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.

## 1. IDENTITÉ DU PATIENT :

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

PHOTO

## 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.*

