



CERTIFICADO MÉDICO DE APTIDÃO

Eu, abaixo assinado, Dr..... certifico que examinei neste dia o/a Sr/Sra....., nascido(a) a.....

O exame clínico não revela contra indicações à prática* :

** (selecionar a caixa correspondente à prova pretendida pelo paciente)*

- Do UTAT : corrida a pé em montanha de endurance extrema de aproximadamente 105 km D+ 8000 m, em altitude (média 2400m, máxima 3690m).
- Da Marathon de l'Atlas, corrida a pé em montanha de aproximadamente 42 km D+ 2600 m, em altitude (máxima 3230 metros).
- Do Trail de la Virée d'Ikkiss, corrida a pé em montanha de aproximadamente 26 km D+ 1400 m, em altitude (máxima 3000 metros).
- Do Amazigh Trail, corrida a pé em montanha de aproximadamente 12 km D+ 500 m, em altitude (máxima 3000 metros).
- Do Challenge du Haut Atlas : Marathon de l'Atlas + Virée d'Ikkiss (em 2 dias).

Data :

Assinatura e vinheta do médico :