



Certificado medico para el UTAT

Yo, que suscribe, Dr(a) _____ certifica haber examinado ese dia la Sra./ la Srta./ el Sr. _____, nacido(a) el ____/____/_____

El examen clinico no descubre de contra indicacion a la practica* :

**(Marque la casilla que corresponda a la carrera del paciente)*

- UTAT** : carrera pedestre en montana de resistencia extrema de cerca de 105km D+8000 m, en altitud (logra por mediacion 2400m, maximo 3690m).
- Marathon de l'Atlas** : carrera pedestre en montana de cerca de 42km D+2600m, en altitud (maximo 3230m).
- La Virée d'Ikkiss** : carrera pedestre en montana de cerca de 26km D+1400m, en altitud (maximo 3000 m).
- Amazigh Trail** : carrera pedestre en montana de cerca de 12km D+500m, en altitud (maximo 3000 m).
- Challenge du Haut Atlas** : Marathon de l'Atlas + Virée d'Ikkiss (en 2 dias).

Fecha :

Firma y sello del (de la) doctor/a :