



CERTIFICAT MEDICAL

LE TOUR DE LA VALLEE DE LA THUR » SAINT-AMARIN
45è Edition les 04 et 05 juillet 2020

DECLARATION SUR L'HONNEUR DU MARCHEUR

Je soussigné :

• Etre informé de la longueur et des spécificités de cette marche qui se déroule en montagne dans des conditions environnementales pouvant être difficiles (humidité, nuit, brouillard, variations de températures), nécessitant un bon entrainement et une réelle capacité d'autonomie. • Avoir sensibilisé le médecin qui rédige le certificat médical ci-dessous des spécificités de cette marche et lui avoir fourni toutes les informations médicales me concernant. • Avoir pris connaissance et accepté les modalités du règlement du tour de la vallée de la Thur

Fait à : Date :

Signature

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Docteur :

Adresse du cabinet :

.....

Code Postal : Ville : Pays

Certifie avoir examiné Mr/ Mme/ Melle

NOM : Prénom.....

Né(e) :/...../.....

N'avoir constaté ce jour aucune contre-indication médicale à la pratique d'une activité physique de très longue distance en montagne et sa participation à la marche suivante :

- # Le Petit Tour (30 km dénivelées + et -787m)
- # Le Tour de l'Arrière Vallée (50 km dénivelées + et -2052m)
- # Le Tour De la Vallée (106 km dénivelées + et - 4293m)

(# Rayer la mention inutile)

Fait à : Signature du médecin

CACHET OBLIGATOIRE