

1^{re} ÉDITION

SOLIMADA TRAIL

Du 1^{er} au 12 novembre 2026

6 étapes • 124 km • 4 850 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 **124 km avec 4 850 mètres de dénivelé positif**, répartie en **6 étapes**, en **moyenne et haute montagne**.

4. DÉCLARATION DU PATIENT

Je soussigné(e), **Nom et Prénom :**

• **Allergie(s) connue(s) :**

.....

• **Antécédents médicaux et chirurgicaux :**

.....

• **Traitements médicaux 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.

