



1<sup>re</sup> ÉDITION

# SOLIMADA TRAIL

Du 1<sup>er</sup> 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 :**

.....

.....

- **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.*