



CERTIFICAT MEDICAL
« LE TOUR DE LA VALLEE DE LA THUR »
30 Juin 2018 CAP SAINT- AMARIN
43è Edition



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

1) Certifie avoir examiné Mr/ Mme/ Melle

NOM : **Prénom :** **Né(e) :**/...../.....

- 2) 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. (rayer la mention inutile)
- La tour de l'arrière vallée de la Thur (52 km dénivelées + et - 1663 m)
 - Le tour complet de la vallée de la Thur (97 km dénivelées + et - 4023 m)

Date :

CACHET OBLIGATOIRE

Fait à :

Signature du médecin

IMPORTANT : Les attributions du n° d'inscription et des documents de marche sont soumises à la production de ce document. Pour la validité du certificat médical, il aura été délivré entre le 1/01/2018 et le 31/05/2018. Il devra parvenir à l'adresse suivante avant le 15/06/2018 M. Jean Paul CHRISTEN 22 rue de Ranspach 68550 SAINT-AMRIN ou par mail tourvalleecvsa@orange.fr