



Certificat médical

Je soussigné docteur

Certifie avoir examiné ce jour

Nom:..... Prénom:..... Né le :

avoir pris connaissance de la course à laquelle va participer mon patient et n'avoir constaté aucune contre-indication apparente à la pratique de la course à pied en compétition sur un parcours d'obstacles type parcours du combattant, et en particulier aucune pathologie cardio-respiratoire, ni aucune lésion évolutive, tant musculo-tendineuse qu'articulaire au niveau des membres inférieurs, contre-indiquant une activité physique de longue durée .

Date, Cachet obligatoire et signature du médecin

Déclaration sur l'honneur du participant

Le participant est le seul responsable de son parcours, il engage son entière et unique responsabilité en cas d'accident pouvant se produire sur ce dernier y compris lors de franchissements d'obstacles et des passages en eau. Tout participant doit également être en capacité de ramper, patauger, nager en eau froide, sauter, varapper, passer des obstacles d'une hauteur maximale sans palier de 3m de haut. Le participant reconnaît être apte à fournir des efforts physiques continus sur toute la distance du parcours, quelque soit la distance choisie. Chaque participant reconnaît que ce type d'épreuve peut s'exposer à un certain nombre de risques, et en particulier à des blessures de type corporelles et accepte ces risques en déchargeant les organisateurs. Ainsi ces risques incombent aux participants et non aux organisateurs. Chaque participant reconnaît que cette course à obstacles requiert un entraînement minimum et qu'il doit être apte médicalement pour y participer.

Date & signature du coureur