



DOSSARD N°

Ultra Tour du Pays de Vitré  
Dimanche 1<sup>er</sup> juin 2025

## CERTIFICAT MEDICAL

De non contre-indication à la pratique du canoë, du VTT et  
de la course à pied en compétition

Je soussigné Docteur ..... Tel. Cabinet .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville ..... Pays.....

CERTIFIE AVOIR EXAMINE CE JOUR, MADAME, MADEMOISELLE, MONSIEUR (*rayez les mentions inutiles*)

NOM..... PRENOM..... NE (E) LE ...../...../.....

Et n'avoir constaté aucune contre-indication médicale à sa participation à l'Ultra Tour du Pays de Vitré dont les spécificités sont les suivantes :

- 5 kms de kayak
- 25 kms de course à pied (14km+6km+5km)
- 30 kms de VTT
- 13 kms de Run and Bike (course à pied + VTT)

Et en particulier, de n'avoir décelé aucune affection cardio-respiratoire contre-indiquant la pratique d'une activité physique d'endurance, ni aucune lésion évolutive, tant musculaire-tendineuse qu'articulaire.

**DATE, CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN**

### Important

**Aucun concurrent inscrit ne pourra recevoir son dossard et prendre le départ de la course sous couvert de l'organisation de l'Ultra tour sans la production de ce certificat dûment rempli et muni des références du médecin examinateur.**

**CERTIFICAT MEDICAL A RETOURNER LORS DE L'INSCRIPTION**

Ultra Tour Vitré Communauté  
16 bis Bd des Rochers  
BP 20613  
35506 VITRE Cedex