

CERTIFICAT MÉDICAL

Challenge Trail & Randonnée / Trekking / Randonnée / Vélo

Déclaration coureur

Je participe à :

- ☒ Trail (en séjour sportif en étapes)
- ☐ Challenge Trail (en séjour sportif en étapes avec épreuves chronométrées)
- ☐ Challenge Randonnée (en séjour sportif en étapes avec épreuves chronométrées ou non)
- ☐ Trekking (en itinérance)
- ☐ Randonnée
- ☐ Vélo (sorties organisées hors séjours)
- ☐ Vélo (en séjour itinérance)

Préciser nom et pays : [FormaTrail La Réunion 2026](#) _____

Certificat

Je soussigné(e), Docteur _____

Adresse du cabinet : _____

Certifie avoir examiné ce jour

☐ M. ☐ Mme/Mlle

Nom : _____

Né(e) le : _____

Adresse du patient : _____

Ne présente aucune contre-indication médicale à la participation à un séjour sportif, hors compétition ou en compétition, comprenant la pratique des activités précisées ci-dessus ainsi que des activités physiques associées, conformément aux renseignements communiqués par l'intéressé(e).

Fait à _____ , le _____

Cachet et signature obligatoire