



### Certificat médical 2023

Je soussigné docteur .....  
Certifie avoir examiné ce jour

Nom: ..... Prénom: ..... Né(e) 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, et en particulier aucune pathologie cardio-respiratoire, ni aucune lésion évolutive, tant musculotendineuse 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 trailer

Je, soussigné(e) ..... déclare sur l'honneur :

1. ne pas prendre de produit dopant pour participer au Trail Côte d'Opale en Pas-de-Calais,
2. accepte le règlement de la course du Trail Côte d'Opale en Pas-de-Calais,
3. être conscient de la longueur et de la spécificité de cette épreuve qui se déroule en milieu naturel
4. m'engager à conserver avec moi la totalité de l'équipement obligatoire pendant toute la durée de la course
5. m'être renseigné sur les contre-indications médicales qui pourraient me concerner et, en conséquence, dégager l'organisation de toute responsabilité en cas de problème médical pouvant survenir pendant l'épreuve,

**Date & signature du coureur**