



UTOP Edition 2026

01-02-03 mai 2026

CERTIFICAT MEDICAL
17^{ème} édition UTOP MADAGASCAR
01-02-03 mai 2026

Je soussigné Dr.....

Adresse du cabinet :

ONM :

Code Postal : Ville.....

Pays :

Téléphone :

Certifie :

1. Avoir examiné Mr/Mme :
Né(e) le
2. N'avoir constaté ce jour aucune contre-indication médicale à la pratique d'une activité physique de longue distance en montagne et à sa participation à la course suivante (Cocher la case correspondante) :

- EAU VIVE ULTRA TRAIL – 145km, 6 376 D+, 45h maximum
- CORSAIR X-TREM 100 – 100km, 4 110D+, 30h maximum
- UTOP PARA-TRAIL - 70 km, 3 115m D+, 23h maximum
- MCB SEMI – 70 km, 3 115m D+, 20h maximum
- COLAS TDL – 48 km, 1 350m D+, 17h maximum
- ORANGE T-RAIL – 39 km, 1 480m D+, 10h30 maximum
- ARO T-BIKE – 37 km, 670m D+, 5h maximum
- RADISSON BLU 6TRAIL – 22k m, 670m D+, 6h maximum
- ARBIOCHEM GROUP FUN RUN – 11,5 km – 426m D+, 2h30 maximum
- GALANA KIDS PARA-TRAIL – 5km
- LFT ZAZA TRAIL - 5 km

Fait à le.....

[Signature et cachet du médecin (avec ONM)]

ATTESTATION SUR L'HONNEUR DU COUREUR/accompagnateur

Je soussigné (e), Mr/Mme
[nom, prénom]

Déclare sur l'honneur :

- Ne pas prendre de produits dopants pour participer à cette épreuve
- Avoir été informé(e) de la distance et des spécificités de cette course

Fait à [Lieu], le[Date]

Signature