



UTOP Edition 2026

01-02-03 mai 2026

**CERTIFICAT MEDICAL**  
**17<sup>ème</sup> 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