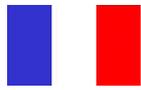
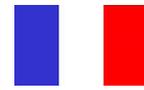


ATLAS



QUEST



Je soussigné Dr..... certifie avoir examiné ce
jour Mme/Mlle/Mr..... , né(e) le
.....

L'examen clinique ne décèle pas de contre indication à la pratique* :

* (cochez la case correspondant à l'épreuve envisagée par le patient)

De l'UTAT : course à pied en montagne d'**endurance extrême** d'environ 105 km D+ 8 000 m, en **altitude** (moyenne 2400m, maximum 3690m).

Du Marathon de l'Atlas, course à pied en montagne d'environ 42 km D+ 2600 m, en altitude (maximum 3230 mètres).

Du trail de la Virée d'Ikkiss, course à pied en montagne d'environ 26 km D+ 1400 m, en altitude (maximum 3000 mètres).

Du trail Amazigh Trail, course à pied en montagne d'environ 12 km D+ 500 m, en altitude (maximum 3000 mètres).

Du Challenge du Haut Atlas : Marathon de l'Atlas + trail de la Virée d'Ikkiss (sur 2 jours).

Date :

Signature et cachet du médecin :