



QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom :

Prénom :

En cochant cette case le concurrent certifie sur l'honneur ne souffrir ou avoir souffert d'aucune des affections suivantes :

- Hypertension artérielle
- Tachycardie
- Trouble du rythme cardiaque
- Perte de connaissance inexpiquée
- Douleur thoracique
- Angine de poitrine ou infarctus
- Diabète
- Lombo sciatique,
- Douleurs ostéo articulaires ou ligamentaires aigües ou chroniques
- Asthme d'effort

Dans le cas contraire le concurrent certifie avoir fourni un certificat médical pour la pratique de la course à pied en compétition de moins d'un an

A....., le.....

Signature