



## CERTIFICAT MEDICAL

**LE TOUR DE LA VALLEE DE LA THUR » SAINT-AMARIN**  
**48è Edition les 06 et 07 juillet 2024**

### DECLARATION SUR L'HONNEUR DU MARCHEUR

Je soussigné : .....

• Etre informé de la longueur et des spécificités de cette marche qui se déroule en montagne dans des conditions environnementales pouvant être difficiles (humidité, nuit, brouillard, variations de températures), nécessitant un bon entraînement et une réelle capacité d'autonomie. • Avoir sensibilisé le médecin qui rédige le certificat médical ci-dessous des spécificités de cette marche et lui avoir fourni toutes les informations médicales me concernant. • Avoir pris connaissance et accepté les modalités du règlement du tour de la vallée de la Thur

Fait à : ..... Date :

Signature

---

### CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné Docteur : .....

Adresse du cabinet :  
.....

Code Postal : ..... Ville : ..... Pays .....

Certifie avoir examiné Mr/ Mme/ Melle

NOM : ..... Prénom.....

Né(e) : ...../...../.....

N'avoir constaté ce jour aucune contre-indication médicale à la pratique d'une activité physique de très longue distance en montagne et sa participation à la marche suivante :

- Le Petit Tour de la Vallée (28 km dénivelées + et - 1034 m)
- Le Moyen Tour de la Vallée (49 km dénivelées + et - 1894 m)
- Le Grand Tour de la Vallée (87 km dénivelées + et - 3674 m)

(# Rayer la mention inutile)

Fait à : ..... Signature du médecin