

Fiche médicale / Medical form



Nom de famille / Surname :

Prénom(s) / Name(s) :

Date de naissance / Date of birth :

Déclaration de l'athlète / Athlete's Declaration

Avant de demander au medecin de signer le certificat ci-dessous, veuillez lire les points suivants :

1. Je suis conscient que la pratique du Trail / Course en montagne est très contraignant sur le système cardiovasculaire, les voies respiratoires et les articulations.
2. Je suis en bonne santé.
3. Je vais m'entraîner convenablement pour les différents trails durant toute l'année.
4. Je ne souffre pas de problèmes cardiaques, articulaires, vertébrales ou musculaires qui pourraient me mettre en danger lors d'une course.

Before you ask the doctor to sign the certificate below, please read the following:

1. I am aware that Mountain Trail running is very demanding on the cardiovascular system, the respiratory system and on the articulations.
2. I am in good health.
3. I will train well for the different trail events throughout the year.
4. I do not suffer from any cardiac problems, chronic muscular, joint or spinal problems or any other medical condition that could put me at risk during a race

Je certifie que les déclarations ci-dessus sont vraies. / I certify to the best of my knowledge that the above statements are true.

Signature de l'athlète / Athlete's signature :

Date :

Docteur / Doctor : (block letters)

Cardiologue / Cardiologist :

Sports Medicine Doctor / Médecin sportif

Other / Autre

Je confirme que j'ai examiné l'athlète mentionné ci-dessus aujourd'hui et il/elle ne présente aucune contre-indication à la pratique d'une compétition de course en montagne.

This is to state that I have examined the above named athlete today and that from the information available to me, I can state that he/she is fit to take part in mountain Trail running at competitive level.

Signature Date



1. Problème d'asthme / Do you have asthma problem?

OUI/ YES NON/ NO

2. Etes-vous un patient diabétique / Do you suffer from diabetes?

OUI/ YES NON/ NO

a. Si oui, êtes-vous sur insuline / If yes, are you on insulin?

OUI/ YES NON/ NO

3. Souffrez-vous de douleurs à la poitrine, problème de vertige; êtes-vous à cours de respiration ou ressentez-vous de l'épuisement, de la fatigue durant les exercices / Do you have chest pain or vertigo, shortness of breath, excessive fatigue during exercise ?

OUI/ YES NON/ NO

4. Avez-vous eu dans le passé des pertes de conscience en faisant ou durant des exercices physiques / Do you suffer from fainting or loss of consciousness during exercise?

OUI/ YES NON/ NO

5. Tension forte / High blood pressure?

OUI/ YES NON/ NO

a. Etes-vous sur médicaments / Are you on medication?

OUI/ YES NON/ NO

b. Si oui, aviser le nom du médicament / If yes, please specify medication.

.....

6. Tension basse / Low blood pressure ?

OUI/ YES NON/ NO

a. Etes-vous sur médicaments / Are you on medication?

OUI/ YES NON/ NO

b. Si oui, aviser le nom du médicament. / If yes, please specify medication.

.....

7. Souffrez-vous de l'hypoglycémie / Do you have Hypoglycemia?

OUI/ YES NON/ NO

8. Avez-vous des problèmes cardiaques ou autres antécédents cardiaques / History of abnormal ECG, heart murmur, cardiac arrest or extra heart beats?

OUI/ YES NON/ NO

Fiche médicale / Medical form



9. Aviser si vous avez des antécédents de fractures, problèmes musculaires /
Any fractures, joint dislocations, serious sprains or weakness of muscles?

OUI/ YES NON/ NO

10. Aviser si vous avez déjà eu des blessures à la tête nécessitant une hospitalisation /
Please advise if you've suffered from any severe injury to the head that required hospitalisation?

OUI/ YES NON/ NO

11. Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale dans le passé / Have you had any surgery in the past?

OUI/ YES NON/ NO

a. Si oui, veuillez spécifier la nature de l'intervention et à quand remonte-t-elle /
If yes, what was the intervention about and when did it happen?

.....

12. Avez-vous un/ des implants / Do you have any medical/ surgical implant(s)?

OUI/ YES NON/ NO

a. Si oui, lequel. / If yes, please specify.

.....

13. Aviser les antécédents d'allergies à la nourriture ou aux médicaments ou autres. /
Do you have any allergies? If yes, please specify.

.....

14. Souffrez-vous d'épilepsie ou autres problèmes de neurologie /
Do you suffer from epilepsy or other neurological problems?

OUI/ YES NON/ NO

15. Prenez-vous des médicaments en ce moment / Are you presently on medication?

OUI/ YES NON/ NO

a. Si oui, aviser le nom de médicaments. / If yes, please specify.

.....

Je certifie que les informations données sont exactes et vraies. /
I certify that the above given information is correct.

Signature

Veillez nous renvoyer cette fiche signée avant le 15 juin 2016 sur : events@bchot.com /
Please send this form duly signed by the 15th of June 2016 on : events@bchot.com