

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX INDISPENSABLES

Concurrent N°

Chers amis concurrents,

Je vous demande de bien vouloir remplir, le cas échéant, la fiche médicale de renseignements ci-contre, afin de vous assister au mieux en cas d'incident, d'accident ou de contrôle anti-dopage.

Si vous prenez un traitement médical habituel, il est important (pour le médecin) de le savoir, d'une part si vous avez besoin de soins urgents et d'autre part en cas de contrôle anti-dopage. Certains médicaments pouvant entraîner des réactions positives lors des test de dépistages .

Si vous présentez un handicap, il est important que le service médical de l'épreuve le sache.

Bien entendu toutes ces informations sont confidentielles et devront être adressées, sous enveloppes cachetées à :

Médecin Chef  
13<sup>eme</sup> Course de Côte du Crochu

Elles seront remises lors des vérifications administratives.

Comptant sur votre collaboration, nous vous souhaitons une bonne épreuve.

Ne remplir cette fiche que si vous prenez un traitement médical suivi depuis longtemps, ou si vous présentez un handicap physique.

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Présentez-vous un handicap physique :  OUI  NON

Si oui lequel : \_\_\_\_\_

Présentez-vous une maladie pour laquelle vous prenez un traitement continu :  OUI  NON

Si oui laquelle : \_\_\_\_\_

Quel est votre traitement :

Nom des médicaments	Nombre par jour

**CONFIDENTIEL**