



CERTIFICAT MÉDICAL D' APTITUDE

Je soussigné :

Docteur en médecine, certifie avoir examiné en date du :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

à :

☐ et avoir constaté qu'il/elle ne présente aucune contre-indication, cliniquement décelable ce jour, à la réalisation des épreuves physiques du défi sportif « Breizh twin towers race », qui se tiendra le 12.05.23 (1).

☐ et avoir constaté qu'il/elle présente une ou plusieurs contre-indications l'empêchant de participer aux épreuves physiques du défi sportif « Breizh twin towers race », qui se tiendra le 12.05.23 (1).

(1) Cocher la case retenue

ATTENTION :

+ L'épreuve « Breizh twin towers race » n'est ouverte à la participation qu'aux **sapeurs-pompiers en activité** (professionnels, volontaires, militaires ou privés).

+ L'épreuve consistera à **gravir en binôme** les 35 étages de la **tour des Horizons à Rennes** en **tenue de feu complète** : casque / veste de feu / pantalon de feu / rangers / appareil respiratoire isolant (non capelé). En outre, chaque participant aura à porter un tuyau d'incendie replié, de diamètre 45/20 m.

+ Au total, l'effort à fournir correspondra à une **épreuve athlétique de demi-fond de type 3000 mètres**, avec un **poids de 28 kgs** en sus. Un **soutien sanitaire** sera assuré pendant toute la durée du défi.

Fait à :

Date :

Cachet et signature