



## CERTIFICAT MEDICAL

### MEDICAL CERTIFICATE / CERTIFICADO MEDICO

Je soussigné, Dr .....  
*I, the understanding doctor, El Dr*

Docteur en médecine, certifie que l'examen de Mr/Mme .....  
*Certifies that the examination of M or Mrs / Certifica que el examen de Mr o señora*

Date de naissance ..... / ..... / .....  
*Date of birth / Nacido el*

Ne révèle pas de contre-indication à participer à la randonnée sportive de haute montagne nommée « Le KILI by Cap'Orn Organisation » se déroulant du 17 au 22 octobre 2024. Cet événement est un enchaînement de 6 étapes représentant un total de 43 kilomètres d'ascension avec une dénivelé positif de 4 980 mètres et un passage au sommet du Kilimandjaro à une altitude de 5 890 mètres.

*Reveals no contraindication to participating in the high mountain sports hike called "KILI by Cap'Orn Organisation" taking place from October 17 to 22, 2024. This event is a series of 6 stages representing a total of 43 kilometers of the ascent with a positive altitude difference of 4 980 meters and a passage to the summit of Kilimanjaro at an altitude of 5 890 meters.*

*No presenta ninguna contraindicación para participar en la caminata deportiva de alta montaña denominada "KILI by Cap'Orn Organisation" que se realizará del 17 al 22 de octubre de 2024. Este evento es una serie de 6 etapas que representan un total de 43 kilómetros de ascensión con un resultado positivo. desnivel de 4 980 metros y un paso a la cumbre del Kilimanjaro a una altitud de 5 890 metros.*

Certificat établi à .....  
*Certificate established in / Certificado realizado en*

Date ..... / ..... / .....  
*Date / El*

Signature du Médecin  
*Signature of the doctor / Firma*

Tampon du Médecin  
*Stamp of the doctor / Sello*