

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 / Nocido 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 14 au 19 octobre 2027. Cet événement est un enchaînement de 6 étapes représentant un total de 54 kilomètres d'ascension avec une dénivelé positif de 4 980 mètres et un passage au sommet du Kilimandjaro à une altitude de 5 895 mètres.
Reveals no contraindication to participating in the high mountain sports hike called "KILI by Cap'Orn Organisation" taking place from October 14 to 19, 2027. This event is a series of 6 stages representing a total of 54 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 14 al 19 de octubre de 2027. Este evento es una serie de 6 etapas que representan un total de 54 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