

RESIST & RIDE – Season 2025

MEDICAL ATTESTATION

Attesting to the non-contraindication to the practice of endurance sport, and ultra-distance cycling for a maximum distance/time of:

- | | | |
|-----------------------|--|--|
| HARDENNES GT: | <input type="checkbox"/> 300 KM – 50 h | <input type="checkbox"/> 700 KM – 90 h |
| THE ARDENNES MONSTER: | <input type="checkbox"/> 500 KM – 50 h | <input type="checkbox"/> 1050 KM – 100 h |

TO BE FILLED IN BY THE DOCTOR :

I, the undersigned,, Doctor of
Medicine, certify having examined, and
see no contra-indication for taking part in competitive or non-competitive ultra-distance cycling events of
many days.

This document is valid for one year since the date of this examination.

Date :

Signature and stamp of the Doctor :

TO BE FILLED IN BY THE PARTICIPANT :

I, the undersigned,, declare
to be able to ride 250 km a day, for 4 days. It will be my choice and responsibility to ride day and/or night.

PARTICIPANT EMERGENCY CONTACT :

PARTICIPANT EMERGENCY CONTACT NUMBER :

Signature of the participant :

RESIST & RIDE – Saison 2025

ATTESTATION MEDICALE

Attestant de la non-contre-indication à la pratique de sport d'endurance, et de cyclisme ultra distance pour une distance/durée maximale de :

HARDENNES GT:	<input type="checkbox"/> 300 KM – 50 h	<input type="checkbox"/> 700 KM – 90 h
THE ARDENNES MONSTER:	<input type="checkbox"/> 500 KM – 50 h	<input type="checkbox"/> 1050 KM – 100 h

A REMPLIR PAR LE MEDECIN :

Je soussigné(e),, Docteur en

Médecine, certifie avoir examiné,

et ne vois aucune contre-indication sa participation à un évènement cycliste ultra distance en compétition,

ou en randonnée, sur une durée de plusieurs jours.

Ce document est valable pendant un an, à partir de la date de l'examination.

Date :

Signature et cachet du Médecin :

A REMPLIR PAR LE PARTICIPANT :

Je soussigné,,
déclare être capable de rouler 250km par jour, pendant 4 jours. Il en va de mon choix et responsabilité de rouler le jour et/ou la nuit.

CONTACT D'URGENCE DU PARTICIPANT :

NUMERO DU CONTACT D'URGENCE :

Signature du participant :