RESIST & RIDE

Season 2027

MEDICAL CERTIFICATE

Fitness to take part in ultra-distance cycling events

This certificate attests that there is no medical contraindication to the practice of endurance sport and ultra-distance cycling, up to the maximum distance and duration ticked below (tick one box):

HARDENNES GT	☐ 300 km – 50 h	☐ 500 km – 72 h	☐ 700 km – 90 h
THE ARDENNES MONSTER	☐ 500 km – 50 h		☐ 1050 km – 100 h

SECTION 1 – TO BE COMPLETED BY THE DOCTOR

I, the undersigned, Dr _____, Doctor of Medicine, certify that I have examined _____ (participant's full name), born on ____ / ____ / _____, and find no medical contraindication to their participation in multi-day ultra-distance cycling events, whether competitive or non-competitive, within the limits ticked above.

This certificate is valid for one year from the date of examination.

Date of examination:

____ / ____ / _____

Doctor's signature and stamp:

SECTION 2 – TO BE COMPLETED BY THE PARTICIPANT

I, the undersigned, _____, declare that I am able to ride all day for 2 to 4 consecutive days. I acknowledge that the decision to ride by day and/or by night is my own choice and my sole responsibility.

Emergency contact (name): _____

Emergency contact phone number: _____

Date: _____

Participant's signature: _____

RESIST & RIDE

Saison 2027

CERTIFICAT MÉDICAL

Aptitude à la pratique du cyclisme ultra-distance

Le présent certificat atteste l'absence de contre-indication médicale à la pratique du sport d'endurance et du cyclisme ultra-distance, dans la limite de la distance et de la durée maximales cochées ci-dessous (cocher une case) :

HARDENNES GT	☐ 300 km – 50 h	☐ 500 km – 72 h	☐ 700 km – 90 h
THE ARDENNES MONSTER	☐ 500 km – 50 h		☐ 1050 km – 100 h

SECTION 1 – À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Je soussigné(e), Dr _____, docteur en médecine, certifie avoir examiné _____ (nom et prénom du participant), né(e) le ____ / ____ / _____, et ne constate aucune contre-indication médicale à sa participation à un événement cycliste ultra-distance de plusieurs jours, en compétition ou en randonnée, dans les limites cochées ci-dessus.

Le présent certificat est valable un an à compter de la date de l'examen.

Date de l'examen :

____ / ____ / _____

Signature et cachet du médecin :

SECTION 2 – À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT

Je soussigné(e), _____, déclare être capable de rouler toute la journée, pendant 2 à 4 jours consécutifs. Je reconnais que le choix de rouler de jour et/ou de nuit relève de ma seule décision et de ma seule responsabilité.

Contact d'urgence (nom) : _____

Téléphone du contact d'urgence : _____

Date : _____

Signature du participant : _____