

**CERTIFICADO MÉDICO DE PARTICIPACIÓN PARA "SKY ULTRA PICO MX"**



Datos del corredor

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por medio del presente declaro, con fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ que el  
ciudadano(a) \_\_\_\_\_

se encuentra apto(a) para participar en el evento deportivo **SKY ULTRA PICO MX** en la siguiente  
distancia:

**SKY 50Km**

**SKY 100Km**

**SKY 160 Km**

Y cumple tanto física como mentalmente para enfrentar las exigencias de la carrera, considerando  
todos los riesgos e implicaciones de la misma.

\_\_\_\_\_

Firma del médico.

Médico tratante

Nombre: \_\_\_\_\_

Cédula profesional: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del corredor

\_\_\_\_\_

Sello del médico