

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