

Certificado médico para la práctica de la carrera a pie en competición

El abajo firmante,

Dr. / Dra.

Dirección _____

Código postal _____ Población _____

País _____ Teléfono + (_____) _____

Cédula Profesional _____

Certifica haber examinado en esta fecha a la Sra. / el Sr.

Apellidos _____

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____

Y no haber constatado contraindicación alguna para la práctica de la carrera a pie en competición.

Fecha

____ / ____ / ____

Nombre y firma del médico _____

Enviar a la dirección electrónica: inscripcion@corremontesorizaba.com