

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

Fecha

____ / ____ / ____

El abajo firmante

Dr. / Dra.

Dirección _____

Código postal _____ Población _____

País _____ Teléfono + (_____) _____

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.

FIRMA DEL MÉDICO

Enviar a la dirección electrónica: corremontes01@gmail.com