

**CERTIFICADO MÉDICO DE PARTICIPACIÓN PARA “KILOMETRO VERTICAL”**



Datos del corredor

Nombre(s) y 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  
KILOMETRO VERTICAL el cual inicia sobre una altitud 3352 msnm y finaliza en  
4277 msnm. 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