

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 **3337 msnm** y finaliza en **4159 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