



INFORME MÉDICO DE NO CONTRAINDICACIÓN PARA
LA PARTICIPACIÓN EN CARRERAS POR MONTAÑA DE LARGA DISTANCIA A PIE

A través del presente informe,

el/la médico abajo firmante, D/D^a: _____

con número de colegiado/a: _____

registrado/a y con ejercicio en la provincia/país: _____

Declaro que, tras examinar a: _____

con DNI/NIE/pasaporte n^o: _____

y fecha de nacimiento: _____

en la fecha abajo indicada, no padece ninguna contraindicación para la práctica deportiva intensiva en competición en Carreras por Montaña de larga distancia a pie.

Firma y sello del médico:

Fecha: