

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

El abajo firmante,

Dr./

Nº de Colegiado/a:

Registrado/a y ejerciente en la provincia/país:

Certifica haber examinado a la Sra./ el Sr.

Apellidos:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

D.N.I.:

Y no haber constatado ninguna contraindicación para la práctica de la carrera a pie por montaña de larga distancia en competición.

Fecha:

Firma y Sello del médico: