



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

El abajo firmante,

Dr. / Dra.

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: