



## **Certificado médico** **de no contraindicación para la práctica** **de la carrera a pie en competición**

El abajo firmante,

Dr./Dra. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_ Teléfono + (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Certifica haber examinado hoy la Sra. / el Sr.

APELLIDOS \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 19 \_\_\_\_\_

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

Fecha

Sello

Firma del medico

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_\_

(para una carrera del Memorial Edu, Just y Quique 2018: fecha>28/07/2017)

---

Enviar a la dirección electrónica [medic.ultravallsdaneu@gmail.com](mailto:medic.ultravallsdaneu@gmail.com)