



Certificat mèdic

de no contraindicació per a la pràctica de la cursa a peu en competició

El metge que sotasigna,

Dr./Dra. _____

Amb adreça _____

Codi postal _____ Poble _____

País _____ Telèfon + (_____) _____

Certifica haver examinat avui la Sra. / el Sr.

COGNOMS _____

Nom _____

Amb data de naixement _____ / _____ / 19 _____

I no haver constatat cap contraindicació per a la pràctica de la cursa a peu en competició.

Data

Segell

Firma del metge

_____ / _____ / 20 _____

(per a una cursa del Memorial Edu, Just i Quique 2018: data>28/07/2017)

Enviar a l'adreça electrònica medic.ultravallsdaneu@gmail.com