



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA INTENSA A PIE.

El abajo firmante:

Dra. / Dr.

Nº de colegiado.....

Con dirección.....

Código Postal.....

Población.....

CERTIFICA

Haber examinado: Sra. / Sr.

Nombre:.....

Apellidos:

Fecha de Nacimiento: / /

DNI:

Y no haber constado en el día de hoy ninguna contraindicación médica para la práctica de una actividad física de larga distancia como es una carrera a pie por montaña y a su participación en la carrera.

TRAIL VALLE DE TENA 80km, 7000 mD+

TRAIL VALLE DE TENA 42km, 3600mD+

FECHA

SELLO

FIRMA DEL MÉDICO