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**