

CERTIFICADO MÉDICO

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de identificación o pasaporte: _____

País: _____

El presente certificado sirve para efecto de participación en prueba de larga distancia de trail running, a realizarse en los días 10 a 12 de junio de 2022.

Se acepta como válido el certificado realizado con una validez de 1 año en la fecha de dicha prueba.

Identificación del médico (nombre) _____ -

Número de licencia o viñeta: _____

Certifico que el atleta _____
no presenta ningún impedimento a la práctica de la carrera referida en el presente certificado.

Firma del médico o pegamento de la viñeta