

Santiago Pontones

TRAIL WEEKEND

MODELO DE CERTIFICADO MÉDICO

PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA ULTRA TRAIL (102K) SIERRA DE SEGURA 2018

Dr./Dra. _____

Nº de colegiado _____ con dirección
en _____

_____ código postal (C.P) _____ y

Población _____ (_____).

CERTIFICA HABER EXAMINADO EN EL DÍA DE LA FECHA

A LA SRA./EL SR., Nombre _____

Apellidos _____

Nacido en _____ (_____), el día ___/___/_____

DNI _____ - _____

Y NO haber constatado actualmente ninguna contraindicación para la práctica de la carrera a pie de larga distancia por montaña, así como su participación en la ULTRA TRAIL SIERRA DE SEGURA 2018.

El Facultativo

En _____ a _____ de _____ de 2018

(Fecha de la expedición)

IMPORTANTE: La asignación del dorsal está sujeta a la **remisión a través del portal web oficial (www.ultraserrasegura.com) del presente certificado** debidamente cumplimentado. Ningún corredor inscrito recibirá su número de dorsal y podrá participar en la carrera sin el previo envío del CERTIFICADO MÉDICO.



Excmo. Ayuntamiento de Santiago-Pontones



Andalucía

