MEMORIAL EDU, JUST I QUIQUE
UltraVallsdàneu

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 _____ / _____ / _____

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>28/07/2018)

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