

Certificado médico
de no contraindicación para la práctica
de la carrera a pie en competición

El abajo firmante,

Dr./Dra. _____

Dirección _____

Código postal _____ Población _____

País _____ Teléfono + (_____) _____

Certifica haber examinado hoy la Sra. / el Sr.

APELLIDOS _____

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____

Y no haber constatado ninguna contraindicación para la práctica de la carrera a pie en competición.

Fecha

Sello

Firma del medico

_____/_____/20____

(para una carrera del Memorial Edu, Just y Quique 2018: fecha>28/07/2018)