



**Certificado médico**  
**de no contraindicación para la práctica de la**  
**carrera a pie de ultra-distancia en competición.**

El abajo firmante:

Dr./Dra. \_\_\_\_\_

con Nº de Colegiado \_\_\_\_\_,

Dirección \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_ Teléfono +(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Confirma haber examinado a 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.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

(Para una carrera de Ultra-distancia con fecha \_\_/\_\_/20\_\_)

Sello

Firma del Médico



**Certificat mèdic**  
**de no contraindicació per a la pràctica**  
**de la carrera a peu d'ultradistància en competició**

El sotasignat,

Dr. /Dra. \_\_\_\_\_

amb núm. de col·legiat \_\_\_\_\_ ,

adreça \_\_\_\_\_ ,

codi postal \_\_\_\_\_ , població \_\_\_\_\_ ,

país \_\_\_\_\_ i telèfon +(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ,

Confirma que ha examinat la Sra. / el Sr.

Llinatges \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Data de naixement \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

I no haver constatat cap contraindicació per a la pràctica de la carrera a peu en competició.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ del 20\_\_

(Per a una carrera d'ultradistància amb data \_\_/\_\_/20\_\_)

Segell

Signatura del doctor o doctora