



# CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA INTENSA A PIE.

**El abajo firmante:**

Dra. / Dr. ....

Nº de colegiado.....

Con dirección.....

Código Postal.....

Población.....

## **CERTIFICA**

Haber examinado: Sra. / Sr.

Nombre:.....

Apellidos: .....

Fecha de Nacimiento: .... / .... / .....

DNI: .....

Y no haber constado en el día de hoy ninguna contraindicación médica para la práctica de una actividad física de larga distancia como es una carrera a pie por montaña y a su participación en la carrera.

TRAIL VALLE DE TENA 80km, 7000 mD+

TRAIL VALLE DE TENA 42km, 3600mD+

**FECHA**

**SELLO**

**FIRMA DEL MÉDICO**