

CERTIFICADO MÉDICO ULTRAIL LA COVATILLA



D. / D^a..:

Colegiado/a en:

Con el número:

Y con ejercicio profesional en:

CERTIFICO que:

Nombre y apellidos:

Documento de identidad:

Fecha de nacimiento:

No presenta ninguna contraindicación, patología previa adversa, enfermedad ni impedimento físico que le impida participar en el Ultrail La Covatilla, carrera de montaña con 86 km. de distancia y 9000 m. de desnivel acumulado.

Y lo firmo y sello en _____ con fecha de _____ de 20.....,

Firma y sello del médico