

**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 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.

Fecha / /

Firma y Sello del médico: