

**INFORME MÉDICO CERTIFICANDO NO CONTRAINDICACIÓN  
PARA LA PRÁCTICA DE ULTRADISTANCIA A PIE.**

El/la abajo firmante Dr/ Dra \_\_\_\_\_

Con número de colegiado \_\_\_\_\_ con dirección

código postal \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

**INFORMA HABER EXAMINADO HOY AL SR/SRA:**

Nombre \_\_\_\_\_

Apellidos \_\_\_\_\_

Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_

**No haber constatado actualmente ninguna contraindicación  
para la práctica deportiva de resistencia.**

Fecha:

Firma:

