

**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:

