

Certificado Médico Deportivo

(Certificat médical pour le sport)

El abajo firmante Dr. (nombre, apellidos, n° de licencia y dirección)

Je soussigné Docteur (nom prénom numéro professionnel et adresse)

Habiendo examinado al Sr./Sra.

(certifie avoir examiné M/Me)

Apellidos :

Nombre :

(nom et prénom)

Considero que no se aprecia ninguna patología de enfermedad o ningún tipo de impedimento personal que indiquen contraindicación o imposibilidad alguna para participar en competiciones de carrera a pie.

(Considère qu'il/elle ne présente aucune pathologie médicale ou empêchement personnel indiquant une contre indication à la pratique de compétitions de course à pied).

Fecha (date):

Firmado y sellado

(Signature et cachet)