

## CERTIFICADO MÉDICO PARA CORRER LA TRIAL DEL NORTE

El Doctor/a \_\_\_\_\_ con Número de Colegiado \_\_\_\_\_ .

CERTIFICA QUE:

D. \_\_\_\_\_ con DNI: \_\_\_\_\_ no padece ninguna enfermedad o condición física que le impida participar en la carrera de montaña Trail del Norte, en la modalidad de \_\_\_\_\_ .

Nota: Si lo desea puede presentar junto a este documento las pruebas médicas que lo certifican.

Se adjuntan al documento las siguientes pruebas:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Firma y Sello

Firmado \_\_\_\_\_ COLEGIADO NÚMERO: \_\_\_\_\_