



CERTIFICADO MÉDICO

Nombre: _____

Data de Nacimiento: _____

Identificación (DNI, pasaporte, etc.) _____

País: _____

Tipo Sanguíneo RH: _____

El presente certificado sirve para efecto de participación en la prueba de ultra endurance, con distancia de 281km, a realizarse los días 23 a 27 de julio de 2020, por la PT 281 Ultramarathon.

Se acepta como válido el certificado realizado con una validez de 1 año en la fecha de dicha prueba.

Identificación del médico _____

Número de licencia o viñeta: _____

Certifico que el atleta, arriba identificado, no presenta ninguna indicación contra la práctica de carrera en competición.

Acción del médico o pegado de la viñeta