



Certificado Médico

Este certificado es obligatorio para la participación en el reto “ElCid FalcoXtrem”. Con el fin de garantizar un tratamiento adecuado para todos los corredores, es recomendable utilizar este formulario, aunque será válido cualquier otro con fecha no superior a doce meses del inicio de la prueba “ElCid FalcoXtrem”.

Este certificado médico debe ser rellenado, con fecha y firma del médico, quien aplicará también su sello e indicará su número de colegiado.

Datos del deportista:

Apellidos:Nombre:

D.N.I.:Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Firma del corredor:

Datos del médico:

Certifico que el deportista cuyos datos figuran en este documento no presenta contraindicación para realizar “Elcid FalcoXtrem”

Apellidos:Nombre:

Nº de colegiado.:Fecha ____/____/____

Firma y sello del médico: