



CERTIFICADO MÉDICO
ULTRA MONTAÑA PALENTINA

D. / D^a.:

Colegiado/a en:

Con el número:

Y con ejercicio profesional en:

CERTIFICO que:

Nombre y apellidos:

Documento de identidad:

Fecha de nacimiento:

No presenta ninguna contraindicación, patología previa adversa, enfermedad ni impedimento físico que le impida participar en el Ultra Montaña Palentina, carrera de montaña con 80 km. de distancia y 10000 m. de desnivel acumulado

Y lo firmo y sello en

con fecha

de

de

Firma y sello del médico