



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 65km de distancia y 9000m de desnivel acumulado

Y lo firmo y sello en _____ con fecha _____ de _____ de _____

Firma y sello del médico