



CERTIFICADO MÉDICO

Yo, _____

_____ médico (a),
abajo firmante, certifico que el examen del atleta

_____ con Documento de Identidad N° _____ con fecha de
nacimiento ___/___/___ no mostró ninguna contraindicación para
participar de la competencia de trail running denominado Ultra-Trail Guarani
2019 en la modalidad individual de _____ kilómetros.

Certificado médico expedido en (local): _____

Fecha: ___/___/___



Firma



Sello del registro profesional

Datos complementarios

Grupo Sanguíneo (factor RH): _____ Frecuencia cardiaca en reposo: _____

Alergia (especifique): _____

En caso de emergencia llamar a: _____

Teléfono del contacto de emergencia: _____