



Certificat mèdic

de no contraindicació per a la pràctica de la cursa a peu en competició

El metge que sotasigna,

Dr./Dra. _____

Amb adreça _____

Codi postal _____ Municipi _____

País _____ Telèfon + (____) _____

Certifica haver examinat avui la Sra. / el Sr.

COGNOMS _____

Nom _____

Amb data de naixement ____ / ____ / ____

I no haver constatat cap contraindicació per a la pràctica de la cursa a peu en competició.

Data Segell Firma del metge

____ / ____ / 20____