



HORIZONTES

TURISMO DESPORTIVO

CERTIFICADO MEDICO

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____

DNI: _____

País: _____

El presente certificado sirve para efecto de participación en prueba de larga distancia de trail running, a realizarse por Horizontes en el año de 2024.

Se acepta como válido el certificado realizado con una validez de 1 año en la fecha de dicha prueba.

Identificación del médico (nombre) _____

Número de licencia o viñeta: _____

Certifico que el atleta _____ no presenta ningún impedimento a la práctica de la carrera referida en el presente certificado.

Data: ____/____/____

Firma del medico o pegamento de viñeta