



EXTREMO SUL

U L T R A M A R A T H O N

Certificado Médico

Nombre completo del Atleta: _____

Fecha de nacimiento: _____

DNI: _____

Este certificado tiene por objeto participar en una prueba de trail running de larga distancia, a celebrarse del 24 al 26 de noviembre de 2023.

Se aceptará como válido el certificado emitido con una vigencia de 1 año a partir de la fecha de la citada prueba.

Identificación del Médico (Nombre) _____

Número de licencia o etiqueta: _____

Certifico que el atleta antes mencionado no presenta ningún impedimento para la práctica de la carrera a que se refiere este certificado.

Firma y Viñeta