



Certificado Médico 2024
Actividades deportivas de competición
(EN MAYÚSCULAS, POR FAVOR)

Fecha: / /

D.

, Colegiado Médico nº manifiesta que:

NOMBRE:

APELLIDOS :

FECHA DE NACIMIENTO:

NACIONALIDAD:

, ha sido reconocido (incluyendo prueba de esfuerzo) en el día de la fecha y declarado APTO para participar en la carrera **Formentera to Run o Formentera TRAIL**

Y para que así conste, se expide el presente certificado, que expira el / /

Readable doctor signature: _____

Professional stamp/seal: _____

Este certificado médico deberá ser cumplimentado, fechado, firmado y sellado por el médico y deberá enviarse al siguiente email: **info@zitoway.com** o entregarse personalmente durante las operaciones de entrega de dorsales antes del inicio de la carrera.

El presente certificado es obligatorio para asistir a la carrera.