

CERTIFICADO MÉDICO
de no contraindicación para la práctica
de ciclismo en competición

El abajo firmante, Dr./Dra. _____

Licenciado/a en Medicina y Cirugía General, especialista en _____

Y número de colegiado _____

Certifica haber examinado hoy la Sra./el Sr.:

Nombre: _____ Apellidos: _____

Con número de DNI u otro documento identificativo: _____

Fecha de nacimiento: ___ / ___ / _____,

Tras reconocimiento médico con realización y valoración de las pruebas complementarias oportunas, **no presenta enfermedad infecto-contagiosa ni patología psicofísica ni cardíaca**, que le impida la realización de ciclismo de competición, por lo que es APTO para su desarrollo.

Fecha emisión certificado: ___ / ___ / _____ (para NEOM TITAN DESERT SAUDI ARABIA 2024: del 19/11/2024 al 22/11/2024)

Firma del médico y sello:

Válido solo para 1 año. La fecha de emisión del certificado no puede ser anterior al 22 de noviembre de 2023.

Para asegurarnos de que tratamos correctamente todos los certificados enviados desde diferentes países, es obligatorio utilizar este formulario, **no se aceptarán otros.**

Este certificado médico debe ser cumplimentado, fechado y firmado por el médico, que lo sella y especifica su número de colegiado.

Este certificado deberá cargarse en el perfil del participante antes del 15 de octubre de 2024.

En caso contrario se anulará el registro sin reembolso.

Nadie podrá tomar parte en la carrera sin haber presentado el certificado médico.