



[www.restonicatrail.fr](http://www.restonicatrail.fr)

## Certificado Médico

Yo, el abajo firmante, Médico .....

Certifico que el reconocimiento médico de :

Apellido :..... Nombre :.....

Nacido (a) el :.....

no revela contraindicación a la práctica de la carrera pedestra en competición.

Fecha : .....

Firma del Médico :

Sello del Médico  
(o número profesional) :