

# Certificado Médico Deportivo

(Certificat médical pour le sport)

***El abajo firmante Dr. (nombre, apellidos, n° de licencia y dirección)***

Je soussigné Docteur (nom prénom numéro professionnel et adresse)

***Habiendo examinado al Sr./Sra.***

(certifie avoir examiné M/Me)

***Apellidos :***

***Nombre :***

(nom et prénom)

***Considero que no se aprecia ninguna patología de enfermedad o ningún tipo de impedimento personal que indiquen contraindicación o imposibilidad alguna para participar en competiciones de carrera a pie.***

(Considère qu'il/elle ne présente aucune pathologie médicale ou empêchement personnel indiquant une contre indication à la pratique de compétitions de course à pied).

***Fecha*** (date):

***Firmado y sellado***

(Signature et cachet)