

## Ultra Maratón El Salvador (Formulario Medico)

El abajo firmante, Dr. / Dra. (Nombre y apellidos)

Nacido en (ciudad y país)

El (dd / mm / aaaa)

 /  / 

Consulta en (dirección completa)

Número de teléfono

 / 

Declaro que el señor/a (nombre y apellidos del atleta)

Nacido/a en (ciudad y país)

Residente en (dirección completa)

Con documento de identidad número

En base a la visita clínica y a las relativas pruebas realizadas goza de buena salud y no presenta contraindicaciones para llevar a cabo la práctica de la carrera Ultra Maratón El Salvador. El presente certificado tiene validez hasta el

 /  / 

Firma y sello del medico