



Certificat mèdic
de no contraindicació per a la pràctica
de la cursa a peu en competició

El metge que sotasigna,

Dr./Dra. _____

Amb adreça _____

Codi postal _____

Poble _____

País _____

Telèfon + () _____

Certifica haver examinat avui la Sra. / el Sr.

COGNOMS _____

Nom _____

Amb data de naixement _____

/

/ 19 _____

I no haver constatat cap contraindicació per a la pràctica de la cursa a peu en competició.

Data

_____/_____/20____

Segell

Firma del metge

(per a una cursa de l'AUTV 2019: data>20/07/2018)

Enviar a l'adreça electrònica inscrip@andorraultratrail.org

Verificar a la pàgina web
www.andorraultratrail.org, menú "Inscripció", apartat "Relació d'inscrits"
(amb un termini de 3 o 4 dies) que el certificat mèdic ha estat validat.
En el cas contrari, en trobaràs el motiu al menú "Inscripció", apartat "Relació de preinscrits"