

CERTIFICADO MÉDICO DE PARTICIPACIÓN PARA LA CORDILLERA CHALLENGE®



DATOS DEL CORREDOR

Nombres: _____ Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / _____

Por medio del presente declaro, con fecha ____ / ____ / _____ que el Sr(a). _____

_____, con identificación de DUI o pasaporte # _____

ha sido examinado clínicamente, y de acuerdo al resultado del mismo, declaro que se encuentra médicamente apto(a) para participar en el evento deportivo de trail running denominado: **LA CORDILLERA CHALLENGE®** y afrontar el esfuerzo y exigencias físicas que supone durante los 3 días de la carrera.

Por lo tanto, hago constar que está capacitado física y mentalmente para enfrentar las exigencias de la prueba, considerando todos los riesgos e implicaciones de la misma.

MÉDICO TRATANTE

Dr. Nombre del Médico: _____

Número de licencia o matrícula: _____

Especialidad: _____

Ciudad: _____ Departamento/Estado: _____

País: _____

Firma Participante

Firma y Sello del Médico