



ANEXO 2. CERTIFICADO MÉDICO PARA LA UTCM 2.018

Certificado médico de no contraindicación para la práctica de carreras de ultraresistencia, carreras por etapas en media-alta montaña.

Como su nombre indica, son carreras que requieren de una resistencia extrema por parte del corredor, llevando su cuerpo al límite tanto a nivel cardíaco, respiratorio, muscular, articular, nervioso y de utilización de sustratos energéticos.

El Dr/Dra. _____, con domicilio en _____, teléfono de contacto _____ y número de colegiado/a _____

CERTIFICA

Haber examinado en el día de hoy a Don/Doña _____, con DNI _____, y nacido/a el ___/___/_____ y no haber constatado ninguna contraindicación médica y por lo tanto dándole la consideración de APTO para la realización del tipo de carreras mencionadas anteriormente.

PRUEBAS MÉDICAS REALIZADAS AL DEPORTISTA

OBSERVACIONES MÉDICAS A TENER EN CUENTA POR LOS EQUIPOS MÉDICOS DE LA PRUEBA

Firma y sello del Doctor/a

Fecha de expedición del certificado médico original: ___/___/_____

(Validez de 12 meses a partir de la fecha de expedición)

***Enviar a info@utcm.run antes del 15 de agosto de 2018**