

CERTIFICADO MEDICO

OSASUN-ZIURTAGIRIA

D./Dña. ....  
con nº de colegiado ..... reconozco que

D./Dña. ....  
con nº de colegiado ..... reconozco que

D./Dña. ....  
con nº de D.N.I. ....

D./Dña. ....  
con nº de D.N.I. ....

Es APTO para la práctica deportiva de carreras por montaña, y expido el presente certificado para que surta los efectos oportunos

Es APTO para la práctica deportiva de carreras por montaña, y expido el presente certificado para que surta los efectos oportunos

En .....  
a ..... de ..... de .....

En .....  
a ..... de ..... de .....

Firmado: .....

Firmado: .....

Nº de Colegiado: .....

Nº de Colegiado: .....