

Annex 2: Certificat mèdic per a la PSR 2019

Certificat mèdic de no contraindicació per a la pràctica de curses d'Ultraresistència, així com de curses per etapes en alta muntanya.

Com el seu nom bé indica, són curses que requereixen d'una resistència extrema per part del corredor, portant el seu cos al límit tant a nivell cardíac, respiratori, muscular, articular, nerviós i d'utilització de substrats energètics.

El Dr/a. _____ , amb domicili _____ ,
telèfon de contacte _____ i número de col·legiat/da _____ .

CERTIFICA

Haver examinat en el dia d'avui al Sr/Sra _____ , amb DNI _____ , i nascut/da el _____ i no haver constatat cap contraindicació mèdica i per tant donant-li la consideració d'APTE per a la realització del tipus de curses esmentades anteriorment.

Proves mèdiques realitzades a l'esportista:

Observacions mèdiques a tenir en compte pels equips mèdics de la prova:

SIGNATURA i SEGELL del metge/ssa

Data d'expedició del certificat mèdic original:
(Validesa de 12 mesos a partir de la data d'expedició)

*Pujar a la vostra àrea privada abans del 31 de juliol del 2019.