



# CERTIFICADO MÉDICO

**APELLIDOS:**

**NOMBRE:**

**FECHA DE NACIMIENTO:**

**Nº DE DNI/NIE/PASAPORTE:**

El presente Certificado Médico es conforme a la Legislación Española. Con el fin de garantizar un tratamiento adecuado de todos los certificados recibidos por las personas que inscritas en algunas de las pruebas que forman parte de las 100 Millas Sierras del Bandolero. Una vez finalizada la prueba, este puede ser recuperado en el stand de Meta todos los que no hayan sido retirados, se destruirán en un período de 15 días.

Este certificado médico debe ser rellenado, con fecha y firma del médico, que aplicará también su sello y número de profesional. Este certificado debe ser entregado antes del inicio de la prueba, mediante preferiblemente por email, o en mano, siendo extendido en el año en curso.

Para la agilización en la retirada del dorsal, este certificado médico, es aconsejable que sea enviado antes por email a los siguientes correos según la modalidad en la que participe:

[\*\*documentacionbandolerita@clubtriton.org\*\*](mailto:documentacionbandolerita@clubtriton.org) para participantes en Bandolerita.

[\*\*documentacionmaraton@clubtriton.org\*\*](mailto:documentacionmaraton@clubtriton.org) para participantes en Maratón.

[\*\*documentacionrelevos@clubtriton.org\*\*](mailto:documentacionrelevos@clubtriton.org) para participantes en Relevos.

[\*\*documentacion100millas@clubtriton.org\*\*](mailto:documentacion100millas@clubtriton.org) para participantes en 100 Millas.

También puede entregarlo en la retirada del dorsal al personal de la organización,

En caso que lo haya enviado por email previamente, le tendrá como entregado, y usted no tendrá que presentarlo y la organización tendrán que revisarlo, por lo que, los trámites serán más ágiles no teniendo que esperar largas colas y contribuimos al ahorro de papel.

Yo el abajo firmante Doctor/a.....

Con número de colegiado/a.....

Certifica que tras el exámen médico de:

Apellidos.....Nombre:.....

Nacido en.....

No tiene contraindicación para la práctica de la carrera a pie en competición.

Fecha: ..... de ..... de 20.....

Firma del médico/a

Sello obligatorio del médico/a