

Zona 5 MTB Race.

Por favor sírvase a completar la presente ficha correctamente, con todos los datos y con **letra legible**.

Para el corredor con DEVOLUCIÓN

COMPETIDOR VOLUNTARIO > FICHA MÉDICA	CERTIFICADO DE BUENA SALUD
Dejo constancia que.....D.N.I	
y fecha de nacimiento: ,goza de buena salud, siendo cardiovascularmente apto/a/e para desarrollar la	
Competencia de ciclismo de montaña “Zona 5 MTB Race” que será el próximo 8 de Diciembre de 2024.	
¿Padece o padeció alguna de estas enfermedades?: Asma Si / No Diabetes Si / No Hepatitis Si / No	
Hipertensión Arterial Si / No Epilepsia Si / No Afecciones cardíacas Si / No	
Cobertura médica Si / No ¿Cuál?	
Firma competidor _____	_____
Aclaración	Firma y sello MÉDICO