

## 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 2 de Abril de 2023.	
<b>¿Padece o padeció alguna de estas enfermedades?:</b> Asma Si / No   Diabetes Si / No   Hepatitis Si / No	
Hipertensión Arterial Si / No   Epilepsia Si / No   Afecciones cardíacas Si / No	
<b>Cobertura médica</b> Si / No <b>¿Cuál?</b> .....	
Firma competidor _____	_____
Aclaración .....	Firma y sello MÉDICO