



CERTIFICADO MÉDICO

El suscrito

Doctor :

Domicilio :

Código postal : Ciudad : País :

Declara haber examinado : Señor / Señora

Nombre – Apellido :

Nacido(a) el : Ciudad : País :

No haber constatado hasta el día de hoy ninguna contraindicación para practicar el SwimRun en la competición : esfuerzos prolongados e intensivos, que alternan marcha y natación en aguas libres.

A : El :

Signatura y Timbre del Doctor :