

CERTIFICADO MÉDICO
de no contraindicación para la práctica
de ciclismo en competición

El abajo firmante, Dr./Dra. _____

Certifica haber examinado hoy la Sra./el Sr.:

Nombre: Apellidos:

Fecha de nacimiento: ___ / ___ / _____,

Y no haber constatado ninguna contraindicación para la práctica de ciclismo en competición.

Fecha: ___ / ___ / _____ (para TITAN SERIES SAUDI ARABIA - MTB Stage Race 2020:
fechas>29/01/2020- 01/02/2020)

Firma del médico: _____

Sello y nº de colegiado: _____

Válido solo para 1 año. La fecha de emisión del certificado no puede ser anterior al 28 de enero de 2019.

Para asegurarnos de que tratamos correctamente todos los certificados enviados desde diferentes países, es obligatorio utilizar este formulario, **no se aceptarán otros.**

Este certificado médico debe ser cumplimentado, fechado y firmado por el médico, que lo sella y especifica su número de colegiado.

Este certificado deberá cargarse en el perfil del participante antes del 10 de enero de 2020. En caso contrario se anulará el registro sin reembolso.

Nadie podrá tomar parte en la carrera sin haber presentado el certificado médico