

**CERTIFICADO MÉDICO DE PARTICIPACIÓN PARA “KILOMETRO VERTICAL”**



Datos del corredor

Nombre(s) y Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por medio del presente declaro, con fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ que el  
ciudadano(a) \_\_\_\_\_

Se encuentra apto(a) para participar en el evento deportivo  
**KILOMETRO VERTICAL** el cual inicia sobre una altitud **3337 msnm** y finaliza en  
**4159 msnm**. cumple tanto física como mentalmente para enfrentar las exigencias de la  
carrera, considerando todos los riesgos e implicaciones de la misma.

\_\_\_\_\_  
Firma del médico.

Médico tratante

Nombre: \_\_\_\_\_

Cédula profesional: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del corredor

\_\_\_\_\_  
Sello del médico