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

El abajo firmante, Dr./Dra. …….

Licenciado/a en Medicina y Cirugía General, especialista en ……
……. y número de colegiado/a …….

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

Nombre: …… Apellidos: ……

Documento (DNI/NIE/Pasaporte): ……

Fecha de nacimiento: …… / …… / …….

Tras reconocimiento médico con realización y valoración de las pruebas complementarias oportunas, **no presenta enfermedad infecto-contagiosa ni patología psicofísica ni cardiaca**, que le impida la realización de ciclismo de competición, por lo que es APTO/A para su desarrollo.

Fecha emisión certificado: ……. / ……. / ……. (para CREAND TITAN MOUNTAIN ANDORRA 2027: del 25/06/2027 al 27/06/2027)

Firma del médico y sello:

Válido solo para 1 año. La fecha de emisión del certificado no puede ser anterior al 27 de junio de 2026.

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 cierre de inscripciones. En caso contrario se anulará el registro sin reembolso.

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