



CERTIFICO que el/la Sr/a..... DNI de años de edad se encuentra apto/a físicamente para tomar parte de la **Ultramaratón The North Face Endurance Challenge**, estando en condiciones de afrontar el esfuerzo que supone competir durante varias horas en la montaña.

Habiendo evaluado al paciente, en la ciudad de a los días del mes de del año extendiendo el presente certificado que así lo acredita.

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO