

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:

Nº documento (DNI, NIE o 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 cardíaca**, que le impida la realización de **ciclismo de competición**, por lo que es APTO/A para su desarrollo.

Fecha emisión certificado: ___ / ___ / _____ (para ŠKODA TITAN DESERT ALMERÍA 2026: del 01/10/2026 al 04/10/2026)

Firma del médico y sello colegiado:

Válido solo para 1 año. La fecha de emisión del certificado no puede ser anterior al 4 de octubre de 2025.

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.