

MALLORCA 5000 SKYRUNNING

Nombre:

Apellidos:

Mediante el presente documento, el abajo firmante Dr.
(nombre del doctor), con nº colegiado certifica que,
..... (nombre del participante), con DNI nº ,
se encuentra en plenas facultades para participar en:

Mallorca 5000

(marcar con una X)

Fdo:

(firma y sello del facultativo)

En, de de 20

Yo, (nombre del corredor), con DNI nº ,
me comprometo a participar en la carrera honestamente y en ningún momento perjudicaré
voluntariamente a ningún participante ni a ningún miembro de la organización.

Fdo:

(firma del corredor)

En, de de 20

Envien este documento a:

producto@sportters.es