



CERTIFICADO MÉDICO COLINAS EN ACCIÓN

Certifico queDNI nº....., de años de edad, cuya historia clínica obra en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha y al momento del examen no aparecen signos de dolencias y/o enfermedades que desaconsejen la realización de actividades físicas, recreativas/deportivas y que le impidan correrkm el día 2 de noviembre de 2025.

Observaciones:

.....
.....
.....

Firma y sello del médico/a:

Aclaración: