

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

El abajo firmante, Dr./Dra. \_\_\_\_\_

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

Nombre: ..... Apellidos: .....

Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_,

Y no haber constatado ninguna contraindicación para la práctica de ciclismo en competición.

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ (para L'ÉTAPE SPAIN BY TOUR DE FRANCE: fecha >21/11/2020)

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Sello y nº de colegiado: \_\_\_\_\_

**Válido solo para 1 año.** La fecha de emisión del certificado no puede ser anterior al 21 de noviembre de 2019.

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 16 de octubre de 2020.

En caso contrario se anulará el registro sin reembolso.

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