

# Declaración Deportista/Certificado Médico

Este certificado es obligatorio para las modalidades **UTSM 105 – LTSM 83**

Con el fin de garantizar un tratamiento adecuado para todos los corredores, es recomendable utilizar este formulario, aunque será válido cualquier otro con fecha no superior a 12 meses del inicio de la **Ultra Trail de la Serra de Montsant– Priorat**. Este certificado debe ser rellenado, con carácter **OBLIGATORIO**, con fecha y firma del corredor. Así mismo es **TAMBIÉN OBLIGATORIO** que lo cumplimente un médico quien aplicará su sello e indicará su número de colegiado.

## **Declaración del deportista (Obligatorio)**

- Ratifico que he leído, conozco y acepto la Declaración de Aceptación de Condiciones (documento que he firmado digitalmente al momento de mi inscripción).

Me hago responsable y confirmo no presentar contraindicación médica alguna para la participación en la Ultra Trail de la Serra del Montsant, en la modalidad .....  
..... KMS que se celebrará los días 19 y 20 de Octubre de 2019.

Apellidos:.....

Nombre:.....D.N.I.:.....

Fecha de Nacimiento:...../...../.....

Firma:.....

---

## **Certificado del médico (Obligatorio)**

Este certificado es válido para participar en la Ultra Trail de la Serra de Montsant, en la modalidad..... KMS que se celebrará los días 19 y 20 de Octubre de 2019.

Apellidos:.....

Nombre:.....Nº de Colegiado:.....

Médico

Fecha de firma:...../...../.....

Certifico que el deportista cuyos datos figuran en este documento no presenta contraindicación para realizar la Ultra Trail de la Serra del Montsant, en la modalidad..... KMS que se celebrará los días 20 y 21 de Octubre de 2019.

Firma y Sello:.....

# Declaració Esportista / Certificat Mèdic

Aquest certificat és obligatori per a les modalitats **UTSM 105 – LTSM 83**

Amb la finalitat de garantir un tractament adequat per a tots els corredors, es recomana utilitzar aquest formulari, tot i que serà vàlid qualsevol altre amb data no superior a 12 mesos de l'inici la **Ultra Trail de la Serra de Montsant – Priorat**. Aquest certificat ha de ser omplert, amb caràcter **OBLIGATORI**, amb data i signatura del corredor. Així mateix és **OBLIGATORI** que ho complimenti un metge qui aplicarà el seu segell i indicarà el seu número de col·legiat.

## **Declaració del'esportista (Obligatori)**

- Ratifico que he llegit, conec y accepto la Declaració d'Acceptació de Condicions (document que he firmat digitalment en el moment de la meva inscripció).

Em faig responsable i confirmo no presentar cap contraindicació mèdica per a la participació en la Ultra Trail de la Serra del Montsant, en la modalitat .....  
..... KMS que se celebrarà los dies 19 y 20 de Octubre de 2019.

Cognoms:.....

Nom:.....D.N.I.:.....

Data de Naixement:...../...../.....

Firma:.....

---

## **Certificat del metge (Obligatori)**

Aquest certificat és vàlid per a participar en la Ultra Trail de la Serra de Montsant, en la modalitat..... KMS que se celebrarà los dies 20 y 21 de Octubre de 2019.

Cognoms:.....

Nom:.....Nº de Col·legiat:.....

Data signatura:...../...../.....

Metge

Certifico que l'esportista del qual les seves dades figuren en aquest document no presenta contraindicació per a realitzar la Ultra Trail de la Serra del Montsant, en la modalitat..... KMS que se celebrarà los dies 19 y 20 de Octubre de 2019.

Firma y Sello:.....

# Athlete Declaration / Medical Certificate

This certificate is mandatory for **UTSM105 - LTSM 83** races.

In order to ensure proper treatment for all runners, we recommend using this form, but also any other valid whose date not exceeding 12 months from the scheduled date for the **Ultra Trail of the Montsant - Priorat**. This certificate must be filled mandatory, dated and signed by the competitor. Also highly IS **COMPULSORY** it completed signed and stamped by a doctor who also indicates their membership number.

## Athlete Statement (Compulsed)

- I confirm that I have read, know and accept the Declaration of Acceptance of conditions (I digitally signed document at the time of my registration).

I am responsible and I confirm not submit medical contraindications for participation in the Ultra Trail of the Montsant, in the modality ..... KMS to be held on 19 and 20 October 2019.

Surname:.....

Name:.....IDCARD:.....

Birth date:...../...../.....

Signature: .....

-----

## Medical certificate(compulsed)

This certificate is valid to participate in the Ultra Trail of the Montsant, in the modalitie ..... KMS to be held on 19th and 20th October 2019.

Surname:.....

Name: ..... Medical Association number: .....

Date of signature: ..... / ..... / ..... .....

I certify that the athlete whose data contained in this document does not present any contraindication for the Ultra Trail of the Montsant, in the modality ..... KMS to be held on 19 and 20 October 2019.

Signature and Stamp:.....

Doctor