

Certificat mèdic per a participar a les curses d'ultraresistència (2024)

Certificat mèdic de no contraindicació per a la pràctica de les Curses d'Ultraresistència de la Copa Catalana de la FEEC.

Curses d'ultraresistència

Com el seu nom bé indica, són curses que requereixen d'una resistència extrema per part del corredor, portant el seu cos al límit tant a nivell cardíac, respiratori, muscular, articular, nerviós i d'utilització de substrats energètics.

Les curses d'ultraresistència per muntanya són una especialitat esportiva que es caracteritza pel seu desenvolupament en recorreguts que transcorren per camins de baixa, mitja i alta muntanya amb una distància mínima de 80km i 4000 metres de desnivell acumulat positiu, tenint com a objectiu efectuar-los a peu en el mínim de temps possible i en una sola etapa (non-stop) i que compleixin la següent fórmula:

$$\text{Distància en Km x metres de desnivell positius} / 1000 \geq 320$$

El Dr. _____, amb domicili a _____, amb consulta a _____, telèfon de contacte _____ i número de col·legiat _____,

C E R T I F I C A

D'acord amb el document de **Consens de la Societat Catalana de Medicina de l'Esport**; <https://www.academia.cat/files/204-5282-FITXER/ConsensRMESCMEabril2013.pdf>

Havent examinat en el dia d'avui al Sr./Sra. _____, amb DNI _____, i nascut el _____ i no haver constatat cap contraindicació mèdica i per tant donant-li la consideració d'APTE per a la realització de les curses definides anteriorment.

Havent-li fet :

| Proves mèdiques realitzades a l'esportista (A omplir pel metge) | |
|---|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| Observacions mèdiques | |

Data, signatura i segell del metge

Validesa de 12 mesos a partir de la data d'expedició

Certificado médico para participar en las carreras de ultraresistencia (2024)

Certificado médico de no contraindicación para la práctica de las Carreras de Ultraresistencia de la Copa Catalana que se detallan a continuación:

Carreras de Ultraresistencia

Como su nombre indica, son carreras que requieren una resistencia extrema por parte del corredor, llevando su cuerpo al límite tanto a nivel cardíaco, respiratorio, muscular, articular, nervioso y de utilización de sustratos energéticos.

El Dr. _____, con domicilio _____, con consulta en _____, teléfono de contacto _____ y número de colegiado _____,

CERTIFICA

De acuerdo con el documento de **Consens de la Societat Catalana de Medicina de l'Esport:**

<https://www.academia.cat/files/204-5282-FITXER/ConsensRMESCMEabril2013.pdf>

Haber examinado en el día de hoy al Sr/Sra _____, con DNI _____, y nacido el _____ y no haber constatado ninguna contraindicación médica y por tanto, dándole consideración de APTO para la realización de las carreras nombradas anteriormente.



Habiendo realizado:

| Pruebas médicas realizadas al deportista (A rellenar por el medico) | |
|---|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| Observaciones médicas | |

FIRMA Y SELLO del médico

Fecha de expedición del certificado médico original:
(Validez de 12 meses a partir de la fecha de expedición)

Medical certificate to take part of ultra distance trail running races (2024)

Medical certificate of non-contraindication to the practice of Catalan Cup of ultra distance trail running races detailed below.

Ultra distance trail running races

As its name suggests, they are trail running races that require an extreme resistance from the runner, carrying his body to the limit in terms of cardio, respiration, muscles, articulations, nervous system and use of energy substrates.

Dr. _____, living in _____, with office in _____, contact telephone _____ and number of associated _____,

CERTIFIES

According to the document of **Consensus of Catalan Society of Sports Medicine**;

<https://www.academia.cat/files/204-5282-FITXER/ConsensRMESCMEabril2013.pdf>

Having examined today Mr. / Ms. _____ with ID number _____ born on _____ and have not found any medical contraindication and therefore giving it considered suitable for the realization of the ultra distance trail running races mentioned above.



Having done:

| | |
|--|--|
| Medical tests carried out (Filled by the Doctor) | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Medical notes | |

Doctor's SIGNATURE AND STAMP

Date of issue of the original medical certificate:
(Valid for 12 months from the date of issue)