

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

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

Licenciado/a en Medicina y Cirugía General, especialista en .....  
..... y número de colegiado/a .....

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

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

Documento (DNI/NIE/Pasaporte): .....

Fecha de nacimiento: ..... / ..... / .....

Tras reconocimiento médico con realización y valoración de las pruebas complementarias oportunas, **no presenta enfermedad infecto-contagiosa ni patología psicofísica ni cardiaca**, que le impida la realización de ciclismo de competición, por lo que es APTO/A para su desarrollo.

Fecha emisión certificado: ..... / ..... / ..... (para ŠKODA TITAN DESERT MOROCCO 2026: del 26/04/2026 al 01/05/2026)

**Firma del médico y sello:**

**Válido solo para 1 año.** La fecha de emisión del certificado no puede ser anterior al 01 de mayo de 2025.

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 cierre de inscripciones. En caso contrario se anulará el registro sin reembolso.

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