



**DESDE CERO CHALLENGE® by Ponce de León Expediciones
Certificado Médico para Desde Cero Challenge®**

Datos del participante

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Por medio de presente declaro, con fecha ___/___/___ que el Sr/a

_____,

identificación oficial o Pasaporte _____ se encuentra médicamente apto para participar en el evento disponible Desde Cero Challenge ® en cualquiera de sus dos etapas (207 kms en bicicleta de ruta o 18 kms de trail run y 3 kms de hiking).

Por lo que está capacitado física y mentalmente para enfrentar las exigencias de la prueba, considerando que se practicará alguna actividad física en altura; considerando también todos los riesgos e implicaciones de la misma.

Médico Tratante: Dr. Nombre del médico:

Número de licencia o matrícula: _____

Especialidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Firma Participante _____

Firma del Médico _____