



CERTIFICADO MÉDICO

Al organizador,

Yo, el/la abajo firmante Dr / Dra. _____, con el número de colegiado _____,

Certifico que el Sr./ Sra. _____
nacido el: _____ y con el DNI/NIE: _____

no revela contraindicaciones para tomar parte en una prueba de las características de Transpyr en la modalidad de (marcar la casilla pertinente):

- GRAN RAID MTB o BACKROADS** (prueba de ciclismo de 7 días con medias diarias superiores a los 100 km de distancia y 2.500 metros de desnivel positivo. <https://mtb.transpyr.com/> / <https://road.transpyr.com/>)
- WEST** (prueba de ciclismo de 4 días con medias diarias superiores a los 100 km de distancia y 2.500 metros de desnivel positivo. <https://mtb.transpyr.com/modalidades-de-inscripcion/>)
- EAST** (prueba de ciclismo de 3 días con medias diarias superiores a los 100 km de distancia y 2.500 metros de desnivel positivo. <https://mtb.transpyr.com/modalidades-de-inscripcion/>)
- E-TRANSPYR C2C** (prueba de ciclismo de 7 días con bicicleta eléctrica y medias diarias superiores a los 100 km de distancia y 2.500 metros de desnivel positivo. <https://mtb.transpyr.com/modalidades-de-inscripcion/>)
- TRANSPYR RELAY C2C** (prueba de ciclismo de 7 días con bicicleta eléctrica y medias diarias superiores a los 50 km de distancia y 2.000 metros de desnivel positivo. <https://mtb.transpyr.com/modalidades-de-inscripcion/>)

y que se realizará entre el 9 y el 15 de Junio 2024 en los Pirineos.

Certificado médico expedido en (lugar): _____

Fecha de expedición: _____

(* La fecha de expedición tiene que ser posterior a 1 de enero de 2024)

Validez hasta (fecha): _____

(* Dato imprescindible para dar el documento por válido)

Sello y firma del médico:

*** Este certificado deberá ser enviado a registro@transpyr.com antes del 1 de Junio.**