

### Pengantar oleh Panitia Lomba

BCA BTR Ultra 2023 adalah lomba lari trail yang diselenggarakan di Kintamani, Bali, Indonesia. Lomba ini memerlukan ketahanan fisik dan mental yang tinggi, peserta harus mempersiapkan diri dengan sebaik-baiknya.

- Kegiatan : Lomba Lari Trail BCA BTR Ultra 2023
- Tempat : Gunung Batur, Kintamani, Bali, Indonesia
- Tanggal : 21 Mei 2023

## Surat Keterangan Sehat

Dengan ini, saya, dokter, .....

Setelah melakukan pemeriksaan terhadap Bpk/Ibu/Sdr/i:

Nama Lengkap : .....

Tanggal Lahir : .....

(tgl/bulan/tahun)

Nomor KTP / Paspor : .....

menyatakan bahwa yang bersangkutan di atas tidak ada menunjukkan tanda-tanda gangguan kesehatan yang harus dihindari apabila mengikuti perlombaan lari lintas alam.

Tanggal: .....

(Tanda Tangan Dokter)

Nama Dokter : .....

Nomor Telp. Dokter : .....

(Stempel)

## Pernyataan Peserta

Saya, peserta BCA BTR Ultra 2023, dengan identitas seperti tersebut di atas, dengan ini memberikan persetujuan kepada dokter tersebut di atas untuk memberikan informasi medis saya kepada pihak berwenang, apabila diperlukan.

Tanggal: .....

(Tanda Tangan Peserta)

Nama Peserta: .....



### Introduction by the Race Committee

BCA BTR Ultra 2023 is a trail running competition held in Kintamani, Bali, Indonesia. This competition requires high physical and mental endurance, and participants must prepare themselves as best as possible.

- Event : BCA BTR Ultra 2023 Trail Running Competition
- Location : Mount Batur, Kintamani, Bali, Indonesia
- Date : May 21, 2023

## Health Certificate

I, the undersigned doctor,.....,  
after examining Mr/Mrs/Ms:

Full Name : .....

Date of Birth : .....

(day/month/year)

ID Card/Passport Number : .....

declare that the aforementioned individual does not exhibit any signs of health issues that should be avoided when participating in a cross-country running competition.

Date: .....

(Doctor's Signature)

Doctor's Name : .....

Doctor's Phone Number : .....

(Stamp)

## Participant Statement

I, a participant in the BCA BTR Ultra 2023 with the aforementioned identity, hereby give consent to the aforementioned doctor to provide my medical information to the authorized parties, if necessary.

Date: .....

(Participant Signature)

Participant Name: .....

