

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

Dejo constancia que DNI N°,
de años de edad, cuya historia clínica obra en mi poder, ha sido examinado clínicamente en
el día de la fecha y al momento del examen no aparecen signos de dolencias y/o enfermedades
que desaconsejen la realización de actividades físicas, recreativas y deportistas de alto
rendimiento, que le impidan correr en carreras de aventura.

Se emite el presente para ser presentado en “Wanda Tupi Trail”

.....
.....
.....
.....

Firma del participante:

Aclaración:

Firma y sello del médico:

Aclaración:

Fecha:

