

Certificado Médico

Certifico que el paciente _____
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 mismo no aparecen signos de dolencias y/o enfermedades que desaconsejen la realización de actividades físicas deportivas de alta exigencia en la montaña.

Pudiendo afrontar el esfuerzo que supone la participación en el evento de esta magnitud según la modalidad elegida: Trail Running

Para su presentación ante los organizadores del evento, extiendo el presente en la ciudad de _____ el día _____ del mes de _____ del año _____.

Observaciones:

Firma del Participante:

Aclaración:

DNI N°:

Firma y sello Médico:

Fecha: