



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FISICA

Certifico que.....

C.I. N°:, de..... años de edad, 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 deportivas que le impidan correr en carreras de Trail run de más de 5 km. Este certificado se emite para ser presentado ante la organización del evento **RACE ANIMAS "CANTERAS DE LAS SIERRAS" 2018.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma del Participante:

Aclaración:

C.I. N°:

Firma y sello del Médico:

Aclaración:

Fecha: