

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

Dejo constancia queDNI 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 deportivas de alto rendimiento, que le impidan correr en carreras de aventura. Se emite el presente para ser presentado en "Toropí Trail Run" el día 02 de Julio de 2023.....

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

Firma del Participante:

Aclaración: DNI N°:

Firma y sello del Médico:

Aclaración: Fecha:

Presentó Original:/..../...