

# 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 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 29 de Junio de 2025.

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del Participante:

Aclaración: DNI N°:

Firma y sello del Médico:



Aclaración: Fecha:

..... /..... /..... Presentó Original

