

# 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 5 de Julio de 2026.

---

---

---

---

---

---

---

---

*Firma del Participante:*

*Aclaración: DNI N°:*

*Firma y sello del Médico:*



*Aclaración: Fecha:*

..... /..... /..... *Presentó Original*

