



CERTIFICADO MEDICO

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 de acuerdo al resultado del mismo, se encuentra apto para participar en carreras deportivas, en tanto no evidencia signos de alteraciones y/o enfermedades de algún tipo que le puedan impedir realizar actividad física de alta exigencia y afrontar el esfuerzo que supone la participación de estas características.

Para su presentación ante los organizadores del evento, extendiendo el presente en la ciudad de _____ Pcia. _____-

Firma y Sello del Medico

Fecha:/...../.....