

CERTIFICADO MÉDICO



Dejo constancia de que el/la paciente

DNI N.º Edad: años

Luego de haber sido evaluado/a clínicamente en la fecha indicada y conforme al resultado de dicha evaluación, se deja constancia de que se encuentra en condiciones de participar en carreras de trail running, no presentando signos de alteraciones o enfermedades cardíacas ni otras afecciones que pudieran impedir la realización de actividad física de alta exigencia en montaña y el esfuerzo requerido durante la participación en el evento.

Se extiende el presente certificado para ser presentado ante los organizadores del evento.

Ciudad: Fecha:

Observaciones:

Firma y aclaración del participante

Firma y sello del médico

DNI N.º