

"DESAFIO AL CANAL GRANDE 2024"
CERTIFICADO MÉDICO

DESAFIO

Certifico que.....
DNI Nro.:de..... años, cuya historia clínica obra en mi poder, ha sido examinado/a
clínicamente en el día de la fecha y de acuerdo al resultado del mismo, se encuentra apto/a para realizar la
competencia de natación en aguas abiertas frías, denominada "DESAFIO AL CANAL GRANDE 2024" en
cualquiera de las distancias (2.200 mts. Y 5.400 mts.), en tanto no evidencia signos de alteraciones y/o
enfermedades de algún tipo que le puedan impedir realizar actividad física de alta exigencia en aguas abiertas
frías y afrontar el esfuerzo que supone la participación durante el evento indicado. Para su presentación ante
los organizadores del evento, extendiendo el presente en la localidad de
..... el día del mes de de.....

Observaciones:

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

Firma del Participante:

Aclaración:

DNI Nro.:

Firma y sello del Médico

