



Certificado Médico

Certifico que el paciente:
DNI Nro: 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 de Trail Running, en tanto no evidencia signos de alteraciones y/o enfermedades cardíacas y/o enfermedades de algún tipo que le puedan impedir realizar actividad física de alta exigencia en la montaña y afrontar el esfuerzo que supone la participación en el evento indicado.

Para su presentación ante los organizadores del evento, extendiendo el presente en la ciudad deel díadel mes de de 2025.

Observaciones:

Firma del participante:

DNI N.º:

Aclaración:

Firma y sello del médico: