



AGUAS ABIERTAS LAGO PUELO “DESAFÍO DEL LAGO 2026” CERTIFICADO MÉDICO

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 **AALP - Desafío del Lago 2026** en cualquiera de las distancias (400m - 1,5Km - 3,8Km – 10,8Km – 21Km), 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