



CERTIFICADO MÉDICO

Doy constancia haber evaluado a
..... D.N.I / Pasaporte N°:de.....años de edad,
encontrándose Apto físicamente para ser parte de la carrera Ushuaia Epic, el/los día/as 22 y/o
23 de noviembre de 2025 en la distancia de.....km.

Se extiende el presente Certificado en la ciudad deel
día.....del mes de de 2025.

Esta Certificación tiene validez hasta, fecha./...../.....

Observaciones:

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

Firma y sello del Médico

Firma y DNI del Participante