



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA – DESAFÍO ARRAYANES (12K / 22K)

Yo, Dr./Dra. _____, Matrícula N° _____,
certifico que el/la deportista:

Nombre y Apellido:

DNI N°/ PASAPORTE N° / RUT N°:

Se encuentra clínicamente apto/a para participar en el evento deportivo de resistencia en montaña denominado Desafío Arrayanes, en cualquiera de sus distancias (12K o 22K). Esta actividad implica esfuerzo físico prolongado, variaciones de desnivel, superficies irregulares y condiciones ambientales propias de un entorno natural.

El/la deportista no presenta contraindicaciones conocidas para realizar actividad física intensa al momento de esta evaluación.

Este certificado tiene validez por 12 meses desde la fecha de emisión, salvo aparición de una condición médica que modifique la aptitud.

Firma y sello del profesional

Fecha de emisión: ____ / ____ / ____