Certifico que el paciente ……..…… DNI Nº: ……, de…… años de edad, cuya historia clínica obra en mi poder, ha sido Examinado clínicamente en el día de la fecha y al momento del examen no aparecen signos de Dolencias y/o enfermedades que desaconsejen la realización de actividades físicas, recreativas y Deportivas, que le impidan correr en carreras de calle y/o montaña. Se emite el presente en los Términos de la Ley 5397 y para ser presentado ante quién corresponda.

Firma del participante:

Aclaración:

DNI:

Firma y sello del Medico:

Aclaración:

Fecha: