

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA PARA CARRERAS DE CALLE

Certifico que.....

DNI N°:, 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 ni síntomas de dolencias y/o enfermedades que desaconsejen la realización de actividades físicas, y deportivas, que le impidan correr en carreras de calle de 5 km o más. Se emite el presente para ser presentado ante quien corresponda.

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

Firma del Participante:

Aclaración:

DNI:

Firma y sello del Médico:

Aclaración:

Fecha:

Presentó Original: .../.../....