



## Certificado médico

Certifico que el paciente \_\_\_\_\_  
DNI Nro: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, cuya historia clínica obra en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha y de acuerdo al resultado del mismo, se encuentra apto para participar en carreras de trail running, en tanto no evidencia signos de alteraciones y/o enfermedades cardíacas y/o enfermedades de algún tipo que le puedan impedir realizar actividad física de alta exigencia en la montaña y afrontar el esfuerzo que supone la participación en el evento indicado.

Para su presentación ante los organizadores del evento, extendiendo el presente en la ciudad de \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 2018.

Observaciones:

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
DNI N°

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico