

CERTIFICADO MÉDICO

OBLIGATORIO

Certifico que el pacienteDNI N°.....deaños de edad, cuya historia clínica obra en mi poder, ha sido examinado clínicamente en la fecha indicada y, de acuerdo al resultado del mismo se encuentra APTO para ser parte de la competencia denominada **5K ATARDECER DE AVENTURA** que se llevará a cabo el día del mes de del año 20..... en la localidad de Provincia de en tanto no evidencia signos de alteraciones y/o enfermedades cardíacas y/o enfermedades de algún otro tipo que le puedan impedir realizar actividad física de alta exigencia, y afrontar el esfuerzo que supone la participación en esta carrera.

Para su presentación ante los organizadores de la competencia, extendiendo el presente en la ciudad de el día del mes de del año 20.....

Observaciones.....
.....
.....
.....
.....

Firma del participante
Aclaración.....
DNI N°

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO