



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FISICA

El profesional que abajo suscribe certifica que.....
D.N.I. 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 de dolencias y/o enfermedades que desaconsejen la realización de actividades físicas, recreativas y deportivas, que le impidan correr en carreras de aventura de más de 5 km. Se emite el presente para ser presentado ante la organización del evento de FUNDACIÓN ACTITUD MISIONES, DEL DÍA 29 DE OCTUBRE DE 2023.

Firma del Participante:

Aclaración:

DNI N°:

Firma y sello del Médico:

Aclaración:

Fecha:

Presentó original el día/...../.....-

