

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

Dejo constancia queDNI 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 de alto rendimiento, que
le impidan correr en carreras de aventura.

Se emite el presente para ser presentado en “Huellas del Paraná”, organizado por Puerto Rico Trail.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Firma del Participante:

Aclaración:

DNI N°:

Firma y sello del Médico:

Aclaración:

Fecha:

Presentó Original:/..../...

