



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

CERTIFICO

QUE

_____ ,
DNI _____, DE _____ AÑOS DE EDAS, A LA FECHA NO PRESENTA
CONTRAINDICACIONES PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA DE
NIVEL COMPETITIVO Y/O DE ALTO RENDIMIENTO, DE ACUERDO CON SU EDAD,
ENCONTRÁNDOSE EN CONDICIONES DE SALUD APTAS PARA DESARROLLAR LA
PRÁCTICA DEL TRAILRACE.

Nombre y Apellido del Médico: _____

Número de Matrícula del Médico: _____

Firma y Sello del Médico: _____

Fecha _____

Para atletas menores de 18 años

Nombre y Apellido del Padre o Tutor: _____

DNI del Padre o Tutor: _____

Firma del Padre o Tutor: _____