



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

CERTIFICO QUE _____,
DNI _____, DE _____ AÑOS DE EDAD, 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: _____