



## CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FISICA

Certifico que el paciente \_\_\_\_\_  
CI N°: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, ha sido  
examinado clínicamente en el día de la fecha y de acuerdo al resultado del  
mismo, se encuentra apto para participar en carreras de trail running, en  
tanto no evidencia signos de alteraciones y/o enfermedades cardíacas y/o  
enfermedades de algún tipo que le puedan impedir realizar actividad física  
de alta exigencia en diferentes terrenos y afrontar el esfuerzo que supone  
la participación en los eventos de estas características.

Para su presentación ante la organización del evento, extendiendo el presente  
certificado, con validez a de \_\_\_\_\_ meses a contar del día de la fecha.

En la Ciudad de \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_.-

Obseervaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
CI N°

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico