



## CERTIFICACIÓN MÉDICA

Certifico que el paciente.....DNI Nro: ..... 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 la montaña y afrontar el esfuerzo que supone la participación en el evento indicado.

Para su presentación ante los organizadores del evento Desafío Ichura, extendiendo el presente en la ciudad de.....el día..... del mes de..... de 20.....

Observaciones:

Firma del participante

Firma y sello del médico

Aclaración

DNI N°