



BARADERO TRAIL RUN



5KM 10KM 15KM

CERTIFICADO MEDICO

Certifico que el paciente

D.N.I. N°:.....deanos

de edad, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha y se encuentra apto para participar de la competencia de trail running BARADERO TRAIL RUN no evidenciando signos que indiquen alteraciones y/o afecciones y/o enfermedades de algún tipo que le puedan impedir realizar actividad física de alto exigencia y afrontar el esfuerzo físico y psíquico que supone la participación en el evento indicado.

Para ser presentado ante la Organización del evento BARADERO TRAIL RUN en la localidad de _____ el día del mes _____ de 2022.

Observaciones:.....

FIRMA DEL PARTICIPANTE

ACLARACION

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO PROFESIONAL