

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI:

FECHA NAC.:

EDAD:

FECHA DE EXAMEN:

Certifico que el paciente ha sido examinado clínicamente y realizado todos los exámenes correspondientes, encontrándose APTO físicamente para realizar actividad física recreativa o deportiva, como carreras de trail de 8km o más y duatlón (ciclismo y pedestrisimo)

Se extiende el presente certificado para ser presentado ante quien corresponda.

Firma y aclaración del paciente

Firma y sello del medico

DNI