



## CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2026

CERTIFICO HABER EVALUADO MÉDICAMENTE A .....,  
DE ..... AÑOS DE EDAD, CON DNI N°..... QUIEN A MI  
ENTENDER ES APTO FÍSICAMENTE PARA COMPETIR EN LA CARRERA **MAX RACE** PUERTO MADRYN  
2026 EN LA LOCALIDAD DE PUERTO MADRYN , CHUBUT , EN LA CUAL EL SOLICITANTE MANIFIESTA  
QUE PARTICIPARÁ EN LA MODALIDAD DE .....

FIRMA Y SELLO  
DEL MÉDICO