



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** RESERVA EL DESTINO
2026 EN LA RESERVA EL DESTINO, MAGDALENA, EN LA CUAL EL SOLICITANTE MANIFIESTA QUE
PARTICIPARÁ EN LA MODALIDAD DE

FIRMA Y SELLO
DEL MÉDICO