



# CERTIFICADO MÉDICO

(Presentación obligatoria para retirar el número de corredor)

Apellido y nombre del corredor: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

D.N.I: \_\_\_\_\_

Por la presente, certifico que \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años, DNI \_\_\_\_\_, fue evaluado clínica y  
cardiovascularmente y se le realizaron las pruebas  
complementarias correspondientes.

En función de la interpretación de los exámenes, se determina que no  
posee patología que implique riesgo para realizar actividad deportiva de  
alto rendimiento, tal como intervenir en la 19° edición de Rally Bike  
Calamuchita , a disputarse el 6 de septiembre de 2026.

---

Sello y firma del médico



# DESLINDE DE RESPONSABILIDAD

(Presentación obligatoria para retirar el número de corredor)

ASOCIACIÓN CIVIL MTB SANTA ROSA

**19° Rally Bike Calamuchita**

DESLINDE DE RESPONSABILIDAD

DECLARACIÓN JURADA

YO.....

DNI N°.....

Por la presente renuncio a indemnización por daños que pudiera sufrir durante el evento Rally Bike Calamuchita, y libero para siempre de toda responsabilidad civil, penal, y laboral etc., a la MUNICIPALIDAD DE SANTA ROSA DE CALAMUCHITA, a la ASOCIACION CIVIL MTB SANTA ROSA, a los funcionarios, patrocinadores, voluntarios y a cualquier persona que colabore con el evento, firma, asociación corporación que participe en dicho evento o esté ligada de alguna manera a dicho evento - 18° edición de Rally Bike Calamuchita. Como así también, la organización no se responsabiliza por la pérdida de equipos o efectos personales, antes, durante y después de la competencia a desarrollarse el domingo 6 de septiembre de 2026.

.....  
Firma

.....  
Aclaración

.....  
DNI