
CERTIFICADO MÉDICO

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

FECHA: ____/____/2027

"CERTIFICO HABER EVALUADO MÉDICAMENTE A,

DE AÑOS DE EDAD, CON DNI N° QUIEN A MI ENTENDER ES
APTO PARA COMPETIR EN LA CARRERA DE CICLISMO VUELTA BALLENAS 2027 EN LA CIUDAD
DE PUERTO MADRYN, EN LA CUAL EL SOLICITANTE MANIFIESTA QUE PARTICIPARÁ EN LA
DISTANCIA DE KILÓMETROS A REALIZARSE POR SENDEROS RURALES, DE CIUDAD Y
COSTEROS.

FIRMA DEL MÉDICO

MATRÍCULA