



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

CERTIFICO

QUE DNI
DE AÑOS DE EDAD, A LA FECHA NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES
PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA DE NIVEL COMPETITIVO Y/O
DE ALTO RENDIMIENTO, DE ACUERDO CON SU EDAD, ENCONTRÁNDOSE EN
CONDICIONES DE SALUD APTAS PARA DESARROLLAR LA PRÁCTICA DEL
TRAILRACE.

Nombre y Apellido del Médico:

Número de Matrícula del Médico:

Firma y Sello del Médico:

Fecha:.....

Para atletas menores de 18 años

Nombre y Apellido del Padre o Tutor:.....

DNI del Padre o Tutor:.....

Firma del Padre o Tutor:.....

MISIONES TRAIL DE LA SELVA

