

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD FISICA PARA CARRERAS

Certifico que....., con Número de DNIde..... años de edad, cuya historia clínica conozco, ha sido examinado clínicamente, haciéndose los exámenes correspondientes. Y en el día de la fecha y al momento del exámen no aparecen signos de dolencias y/o enfermedades que desaconsejen la realización de actividades físicas, recreativas y deportivas que le impidan correr carreras de montaña de 10km o mas. Se emite en presente en los términos de la ley 5397 y para ser presentado ante quien corresponda.

Observaciones:

Firma y sello del Médico

Aclaración