

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

Certifico que el Sr./a:



..... con

DNI.....de..... años de edad, a la fecha no presenta contraindicaciones para realizar actividad física y deportiva de alto rendimiento y/o competitivo.

Ante quien lo requiera.

Fecha:/...../.....

.....

Firma y sello del profesional

Para menores de edad:

Nombre y Apellido Madre, Padre o Tutor:

DNI:

Firma:

Trail Guardianes de las Llamas – Cerro Azul 02/Junio/2024