



## CERTIFICADO APTO MÉDICO

...../..... /..... Día de la realización del exámen.

Certifico que el paciente ..... D.N.I. N°..... de..... años de edad, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha y se encuentra apto para participar de la competencia de trail running **Running Team Cup** en la distancia de ..... KM, a realizarse el día 14 de marzo de 2027, no evidenciando signos de dolencias y/o enfermedades de ningún tipo que desaconsejen realizar actividad deportiva de montaña y afrontar el esfuerzo físico que demande el evento indicado.  
Para ser presentado ante quien corresponda.

Observaciones:

Firma y Sello del Médico