



APTO MEDICO



Certifico haber evaluado médicamente a:

.....

.....

DNI: de años de edad, quien se encuentra apto/a para tomar parte de la competencia de trail running denominada Cruce Tandilia, en tanto no evidencia signos de alteraciones y/o enfermedades cardíacas o de algún tipo que le puedan impedir realizar actividad física de alta exigencia.

Para su presentación ante los organizadores del evento, extendiendo el presente en la ciudad de, el día de de 202....

Firma del Participante:

Aclaración:

DNI:

Firma y sello del Médico