



K100 - PENÍNSULA VALDÉS

CERTIFICADO MÉDICO

Fecha.....

Distancia a completar individualmente.....KM

Certifico que..... DNI nº..... de..... años de edad, cuya historia clínica obra en mi poder, ha sido examinado/a clínicamente en el día de la fecha y al momento de examinarlo/a no aparecen signos de dolencias y/o enfermedades que desaconsejen la realización de actividad física, recreativas / deportivas y que le impidan correr en la competencia deportiva.

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

PARTICIPANTE

MÉDICO

Firma

Firma y sello profesional:

Aclaración

Aclaración

DNI

Nº de matrícula.