

# CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

## 28 TRAIL – PRIMERA EDICIÓN

Por medio de la presente, certifico que:

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_

ha sido evaluado/a desde el punto de vista médico y, al momento del examen, **no presenta contraindicaciones para la práctica de actividad física y deportiva**, encontrándose APTO/A para participar en una prueba de **Trail Running**.

**Distancia en la que participará:**

- ☐ 8K
- ☐ 15K
- ☐ 60K – modalidad por etapas

**Fecha de emisión:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Nombre y Apellido del profesional:**

---

**Matrícula profesional:**

---

**Firma y sello del profesional**

---