



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA CERTIFICO QUE

DNI _____, DE _____ AÑOS DE EDAD, A LA FECHA NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA DE NIVEL COMPETITIVO Y/O DE ALTO RENDIMIENTO, DE ACUERDO CON SU EDAD, ENCONTRÁNDOSE EN CONDICIONES DE SALUD APTAS PARA DESARROLLAR LA PRÁCTICA DEL TEYÚ CUARÉ TRAIL.

Nombre y Apellido del Médico: _____

Número de Matrícula del Médico: _____

Firma y Sello del Médico: _____

Fecha _____