

APTO MEDICO



Certifico haber evaluado médicamente a

.....

DNI:

EDAD:

Quien se encuentra apto para competir en la carrera "Running Trip" 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 antes los organizadores de "Running Trip" extendiendo el presente en la ciudad de.....el día.....de.....de 2019.

Distancia a participar:.....

Firma del corredor/a:

Aclaración:

DNI:

Firma y sello del Médico