



CERTIFICADO MEDICO RUNNING TRIP VALLE FERTIL 2020

Certifico que el paciente.....
DNI Nº.....de.....años de edad, ha sido examinado y se encuentra
apto para tomar parte de la competencia deportiva de trail running denominada
RUNNING TRIP, en tanto no evidencia signos de alteraciones y/o enfermedades
cardíacas y/o enfermedades de algún tipo que lo puedan impedir realizar actividad de
alta exigencia en la montaña y afrontar el esfuerzo que supone la participación en el
evento indicado.

Para su presentación antes los organizadores del evento, extendo el presente en la
ciudad de el día del mes de de.....

Observaciones:

.....
Firma del participante

.....
Aclaración

.....
DNI del participante

.....
Firma y sello del médico