



CERTIFICADO MEDICO RUNNING TRIP SALTA 2024

Certifico que el paciente.....
DNI N°.....de.....años de edad, ha sido examinado y se encuentra
apto para tomar parte de la competencia deportiva de trail running denominada
RUNNING TRIP, los dias 20 y 22 de junio de 2024, 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