



CERTIFICADO MEDICO RUNNING TRIP SALTA 2025

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 días 19 y 21 de junio de 2025, 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, extendiendo 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