

## CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FISICA

Certifico que.....

DNI N°: ....., de.....años de edad, cuya historia clínica obra en mi poder, ha sido

Examinado clínicamente en el día de la fecha y al momento del examen no aparecen signos de

Dolencias y/o enfermedades que desaconsejen la realización de actividades físicas, y Deportivas,

que le impidan correr en carreras de calle de más de 5 km. Se emite el presente en los

Términos de la Ley 5397 y para ser presentado ante quién corresponda.

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma del Participante:

Aclaración:

DNI N°:

Firma y sello del Médico:

Aclaración:

Fecha: