

#COPAHUE EXTREMO 2018

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA INTENSA

QUIEN SUSCRIBE,

MÉDICA/O, MATRÍCULADECLARO EN BASE A LOS
ESTUDIOS REALIZADOS, QUE LA/EL SRA/SR:

.....

DNI/PASAPORTE:

CON FECHA DE NACIMIENTO:

NO PRESENTA NINGUNA CONTRAINDICACIÓN MÉDICA PARA LA
PARTICIPACIÓN EN UNA CARRERA DE MONTAÑA DE KM DE DISTANCIA.

FECHA: _____

FIRMA: _____

SELLO: _____