

EL CRUCE COLUMBIA 2017 CERTIFICADO MÉDICO



Certifico que el paciente
DNI Nro:..... de años de edad, cuya historia clínica obra en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha y de acuerdo al resultado del mismo, se encuentra apto para tomar parte de la competencia de trail running denominada **El Cruce Columbia 2017**, en tanto no evidencia signos de alteraciones y/o enfermedades cardíacas y/o enfermedades de algún tipo que le puedan impedir realizar actividad física de alta exigencia en la montaña, vida en campamentos, y afrontar el esfuerzo que supone la participación durante 3 días de carrera en el evento indicado.

Para su presentación ante los organizadores del evento, extendiendo el presente en la ciudad de el día del mes de..... de 2016.

Observaciones:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Firma del Participante:

Aclaración:

DNI N°:

Firma y sello del Médico