



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 participar en carreras de trail running, 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 y afrontar el esfuerzo que supone la participación en el evento indicado.

Se extiende el presente certificado en la ciudad de el día del mes de.....de 2026

Para su presentación ante los organizadores del evento ADN TRAIL en San Martín de Los Andes

Observaciones: _____

Firma del participante

Aclaración

DNI N°

Firmay sello del médico