

CERTIFICADO MÉDICO | MENDIOLAZA CORRE 2024

Por medio de la presente, certifico que el paciente

.....

con DNI ..... 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 de mencionado examen, se encuentra apto para tomar parte de la competencia Croos Runnig , MENDIOLAZA CORRE 2024 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 y afrontar el esfuerzo que supone la participación de carrera en las distancias comprendidas ,que comprende el evento previamente mencionado.

Extiendo el presente certificado en la ciudad de.....el día ..... del mes de ..... de 202..... para ser presentado antes la organización de Mendiolaza Corre 2024.

Firma del Participante: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Firma y sello del Médico: \_\_\_\_\_