



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA  
PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO

Rp./

Certifico que \_\_\_\_\_, con DNI N° \_\_\_\_\_ fue evaluado desde el punto de vista médico, no presentando a la fecha contraindicaciones para realizar actividad física, encontrándose en condiciones de salud aptas para la práctica competitiva de carreras de calle.

Fecha de emisión \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del Médico \_\_\_\_\_

Número de Matrícula del Médico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma y Sello del Médico