

# CERTIFICADO MÉDICO

Yo, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ médico (a),

abajo firmante, certifico que el examen del atleta

\_\_\_\_\_ con Documento de Identidad Nº \_\_\_\_\_ con fecha de

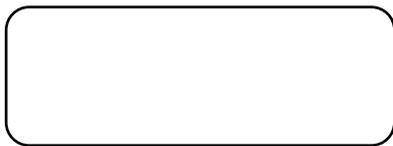
nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ no mostró ninguna contraindicación para

participar de la competencia de trail running denominado Sanber100 2024

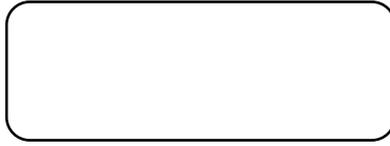
en la modalidad individual de \_\_\_\_\_ kilómetros.

Certificado médico expedido en (local): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Firma



Sello del registro profesional

## Datos complementarios

Grupo Sanguíneo (factor RH): \_\_\_\_\_ Frecuencia cardiaca en reposo: \_\_\_\_\_

Alergia (especifique): \_\_\_\_\_

En caso de emergencia llamar a: \_\_\_\_\_

Teléfono del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_