



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD FISICA

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE: _____

APELLIDO: _____

DNI: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD _____

FECHA DEL EXAMEN: _____

Certifico que el paciente ha sido examinado clínicamente y habiéndose realizado los exámenes correspondientes, no presenta contraindicaciones que desaconsejen la realización de actividad física recreativa o deportiva, como carreras de calle:

KIDS

10K

5K

21K

El presente certificado será presentado para el evento a realizarse el día 11 de septiembre del 2022 caducando luego de terminada la competencia

Firma y sello del médico

DECLARACIÓN JURADA

Acepto, entiendo y presto conformidad: que si bien la evaluación cardiovascular que me acaban de realizar arroja resultados normales y me permite ser apto, en este momento puntual, para la actividad física amateur/profesional que realizo, entiendo y asumo voluntaria y libremente el riesgo inherente a la propia actividad y que el apto médico no puede prevenir.

Vacunación COVID – 19 completa (2 dosis) SI NO

Firma y aclaración del deportista