



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

Certifico que el Sr./a:

con DNI.....de..... años de edad, a la fecha no presenta contraindicaciones para realizar actividad física y deportiva de alto rendimiento y/o competitivo.

Ante quien lo requiera.

Fecha:/..... /.....

.....

Firma y sello del profesional

Trail Run 166 Aniversario - 14/Mayo/2022