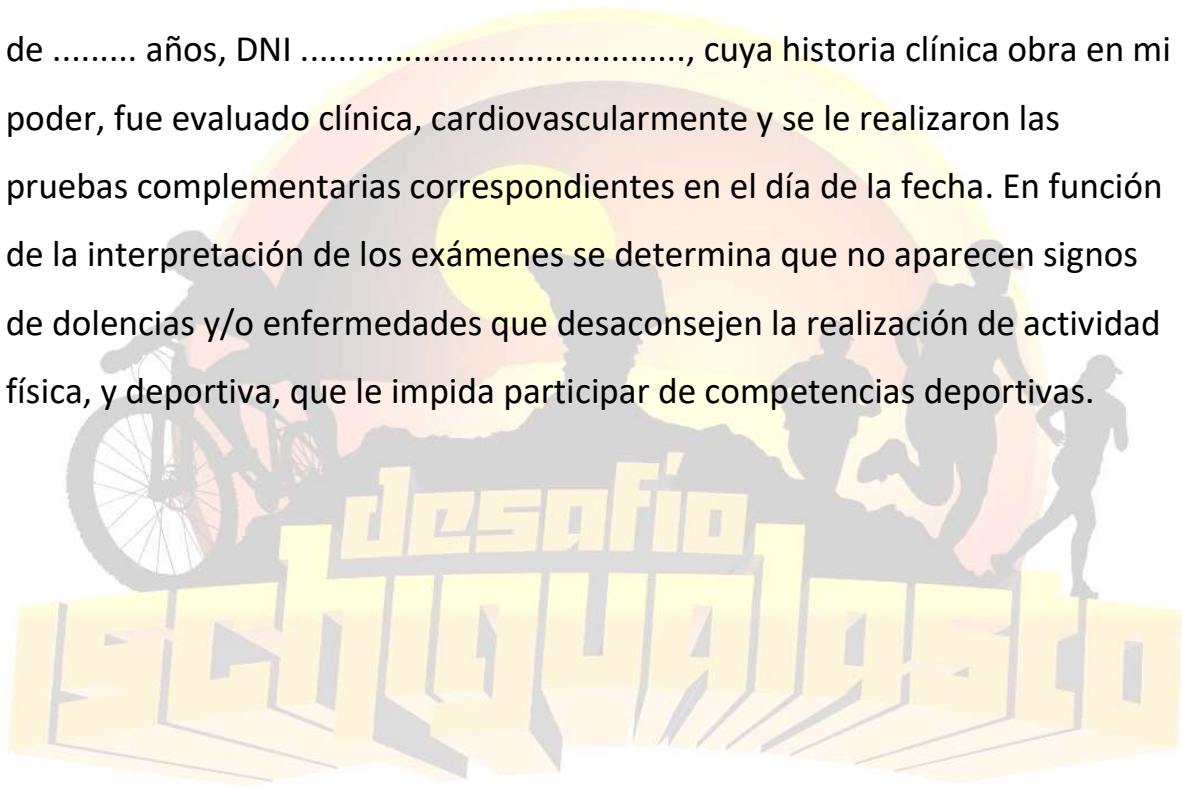


Numero de corredor:.....  
Apellido y nombre: .....

Certificado Médico de Aptitud Física para carreras.

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

Por la presente certifico que el paciente.....  
de ..... años, DNI ....., cuya historia clínica obra en mi  
poder, fue evaluado clínica, cardiovascularmente y se le realizaron las  
pruebas complementarias correspondientes en el día de la fecha. En función  
de la interpretación de los exámenes se determina que no aparecen signos  
de dolencias y/o enfermedades que desaconsejen la realización de actividad  
física, y deportiva, que le impida participar de competencias deportivas.



\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Medico.