



Certifico que el paciente _____ DNI Nro: _____

de _____ años de edad, se encuentra apto para tomar parte de la competencia de pedestrisimo y Trail Running denominada **TRAIL DEL FUEGO**, en tanto no evidencia signos de alteraciones y/o enfermedades cardíacas y/o enfermedades de algún tipo que le puedan impedir realizar actividad física de alta exigencia y afrontar el esfuerzo que supone la participación en el evento indicado.

Para su presentación ante los organizadores del evento, extendo el presente en la ciudad de _____, _____.

Firma del participante

Aclaración

Dni N°

Firma y sello del médico