

19 DE ABRIL DEL 2025

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FISICA



Certifico que.....
DNI N°:, de.....años de edad, cuya historia clínica obra en mi poder, ha sido Examinado clínicamente en el día de la fecha y al momento del examen no aparecen signos de Dolencias y/o enfermedades que desaconsejen la realización de actividades físicas, recreativas y Deportivas, que le impidan correr en la Travesía de los Cerros - Homenaje Raúl Elgueta 2025 en la distancia de

8K – 12K – 21K – 42K

(marcar con un circulo la distancia que corresponda).

Se emite el presente en los Términos de la Ley 5397 y para ser presentado ante quién corresponda.

Observaciones:.....
.....
.....
.....
.....

Firma del Participante:

Aclaración:

DNI N°:

Firma y sello del Médico:

Aclaración:

Fecha:

Presentó Original:/...../.....

IMPORTANTE

El día de la inscripción el participante deberá exhibir el Apto Medico original y entregar al /los organizadores el mismo.

El Certificado Médico de Aptitud Física (APTO MÉDICO) deberá ser expedido por un profesional médico matriculado previa evaluación de la persona.