

# 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.