



## CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

Certifico que el Sr/a: .....  
DNI ....., nacido el ..... de ..... de .....  
según el examen físico realizado, no surgen de los mismos contraindicaciones para realizar actividades físicas competitivas de alto rendimiento al momento de esta evaluación, encontrándose en condiciones de salud aptas para participar de la competencia de ciclismo denominada "Desafío de las Nubes" a realizarse el 11 de junio de 2017 en la ciudad de Salta.

### PARA CORREDORES MENORES DE 18 AÑOS

Nombre y Apellido del Padre o Tutor: .....

DNI del Padre o Tutor: .....

Firma del Padre o Tutor: .....

### DATOS DEL MÉDICO

Nombre y Apellido: .....

Número de Matrícula: .....

.....  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

.....  
FECHA Y HORA