

11, 12 y 13 de Junio
Salta - Argentina 2021



· 20 K ·
rural

· 48 K ·
CROSS

· 24 K ·
CROSS

Certificado médico de aptitud física - Hoja 1/1

Certifico que _____, DNI _____,
Nacido/a el ____ de _____ de _____, fue evaluado/a clínica y
cardiovascularmente y se le realizaron las pruebas complementarias correspondientes. En
función de los resultados, 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 _____ 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 - CERTIFICANTE

Nombre y Apellido:

Número de Matrícula:

.....
Firma y Sello del Médico

.....
Fecha y Hora

