

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

Certifico que el Sr./a:

.....

con

DNI.....de..... años de edad, a la fecha no presenta

contraindicaciones para realizar actividad física y deportiva de alto rendimiento y/o competitivo.

Ante quien lo requiera.



Fecha:/...../.....

.....

Firma y sello del profesional

Para menores de edad:

Nombre y Apellido Madre, Padre o Tutor:

DNI:

Firma:

Posadas Trail 3ra Edición 15/Abril/2023