



## APTO MEDICO

### CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA PARA CARRERAS DE CALLE

Certifico que .....

DNI N° ....., de ..... años de edad, cuya historia clínica obra en mi poder, ah 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, y Deportivas, que le impidan correr en carreras de calle de más de 5Km. Se emite el presente en los Términos de la Ley 5397 y para ser presentado ante quien corresponda.

Observaciones:

.....  
.....  
.....

Firma del Participante:

Aclaración:

DNI N°:

Firma y sello del Médico:

Aclaración:

Fecha:

Presentó Original : ...../...../.....