



**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA** ▶



CORREDOR N° .....

**documentación requerida**

▶ **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 denominada "21K Yerba Buena" a realizarse el **19 de mayo de 2024** en la Ciudad de **Yerba Buena, Tucumán**.

▶ **PARA CORREDORES MENORES DE 18 AÑOS**

Nombre y Apellido del Padre/Madre o Tutor .....  
DNI del Padre/Madre o Tutor.....

Firma .....

▶ **DATOS DEL MÉDICO - CERTIFICANTE**

Nombre y Apellido..... N° de Matrícula .....

Firma y sello de médico..... Fecha y hora .....

▶ **Firma y aclaración del corredor** ..... Fecha .....

