

# CERTIFICADO MEDICO

Certifico que el/la Sr./Sra. ...., D.N.I. nro. ...., ha sido sometido/a a los estudios médicos clínicos correspondientes, y se encuentra apto/a para participar de la competencia pedestre de montaña **VALLE DE LOS PERDIDOS TRAIL**, por no evidenciar signos que indiquen alteraciones y/o afecciones y/o enfermedades que impidan afrontar el gran esfuerzo físico y psíquico que implica dicha participación.

Para ser presentado ante el Organizador de la competencia, se extiende el presente certificado, a ..... días del mes de ..... de **2026**.

Obs.

Firma y sello del profesional