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 **2023**.

Obs.

CERRO LINDO - EL BOLSÓN
PATAGONIA ARGENTINA

Firma y sello del profesional