
CHAMPA Ultra Race
Certificado médico



2020

Certifico que el paciente _____
DNI Nro: _____ de _____ años de edad, cuya historia clínica obra en mi poder,
ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha y de acuerdo al resultado del mismo, se
encuentra apto para tomar parte de la competencia de trail running denominada **CHAMPA Ultra Race**,
en tanto no evidencia signos de alteraciones y/o enfermedades cardíacas y/o enfermedades de algún
tipo que le puedan impedir realizar actividad física de alta exigencia en la montaña
y afrontar el esfuerzo que supone la participación en el evento indicado.

Para su presentación ante los organizadores del evento, extendiendo el presente en la ciudad
de _____ el día _____ del mes de _____ de 20 _____

Observaciones:

Firma del participante

Aclaración

DNI N°

Firma y sello del médico