

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:

APELLIDO:

DNI: FECHA NACIMIENTO: EDAD:

FECHA DEL EXAMEN:

Certifico que el paciente ha sido examinado clínicamente y habiéndose realizado los exámenes correspondientes, no presenta contraindicaciones que desaconsejen la realización de actividad física recreativa o deportiva, como carreras de calle de (señale lo que corresponde)

5 Km Adaptado

10 Km

21 Km

El presente certificado será presentado para el evento a realizarse el día 27/03/21 caducando luego de terminada la competencia

Firma y sello del Médico

DECLARACIÓN JURADA

Acepto, entiendo y presto conformidad: que si bien la evaluación cardiovascular que me acaban de realizar arroja resultados normales y me permite ser apto, en este momento puntual, para la actividad física amateur/profesional que realizo, entiendo y asumo voluntaria y libremente el riesgo inherente a la propia actividad y que el apto médico no puede prevenir.

Firma y aclaración del deportista



DEPORTES

SECRETARÍA GENERAL
DE LA GOBERNACIÓN



GOBIERNO DE
SAN LUIS