



CERTIFICADO MÉDICO

Por la presente certifico quede
..... años, DNI fue evaluado/a clínica y
cardiovascularmente y se le realizaron la pruebas complementarias
correspondientes. En función de la interpretación de los exámenes se determina
que no posee patología que implique riesgo para realizar actividad deportiva de
alto rendimiento, tal como intervenir en la 1° edición de DESAFÍO LOS REARTES,
carrera de ciclismo de montaña, que se disputará en Los Reartes, provincia de
Córdoba, República Argentina, los días 10, 11, 12 y 13 de febrero de 2024. -----

Sello y firma del Médico

Lugar y fecha: