



## CERTIFICADO MÉDICO

Certifico que..... DNI no: ....., de .....años de edad, cuya historia clínica obra en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha y al momento del examen no aparecen signos de dolencias y/o enfermedades que desaconsejen la realización de actividades físicas, recreativas/deportivas y que le impidan correr..... km el día 27 y 28 de septiembre de 2025 en la competencia DESAFÍO COLUMBIA SIERRA DE LA VENTANA.

Habiendo evaluado al paciente, en la ciudad de ..... a los ..... días del mes de ..... del año 20..... extendiendo el presente certificado que así lo acredita.

Observaciones:

.....  
.....  
.....

Firma del corredor:

Aclaración del corredor:

DNI N°:

Firma y sello del Médico:

Aclaración: