



## CERTIFICADO MÉDICO PARA “EL DESAFÍO COLUMBIA”

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 28 y 29 de octubre 2023 en la competencia El Desafío Colombia.

Observaciones:

.....

.....

.....

**Firma del Participante:**

Aclaración:

DNI N°:

**Firma y sello del Médico:**

Aclaración:

Fecha: