



CERTIFICADO MÉDICO PARA EL “DESAFÍO COLUMBIA 2024”

Certifico que..... DNI nº:, deaños 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 5 Y 6 de octubre 2024.

Observaciones:

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

Firma del Participante:

Aclaración:

DNI N°:

Firma y sello del Médico:

Aclaración:

Fecha: