



CERTIFICADO MÉDICO PARA EL “DESAFÍO COLUMBIA 2024”

En el día de la fechacertifico 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:

Firma y sello del Médico:

Aclaración: