



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA

Certifico que el Sr./a:

..... con

DNI.....de..... años de edad, a la fecha no
presenta contraindicaciones para realizar actividad física y deportiva de alto
rendimiento y/o competitivo. Ante quien lo requiera.

Fecha:/...../.....

.....

Firma y sello del profesional

Para menores de edad:

Nombre y Apellido Madre, Padre o Tutor:

DNI:

Firma:

Trail Almafuerate - Senderos del monte.

11/10/2026